Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Национальный исследовательский Томский государственный университет»

На правах рукописи

Обуховская Виктория Борисовна

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

19.00.04 – Медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель
доктор психологических наук, профессор
Мещерякова Эмма Ивановна

Томск – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Проблема исследования личности пациента в эпоху саноцентрической медицины и здоровьецентрического подхода в медицинской психологии обращает внимание реабилитологов на психологическую безопасность больного, его защищенность от негативного воздействия болезни. В настоящее время высокая распространенность неврологической патологии и переживание больным психологического дискомфорта, невозможность функционирования на прежнем уровне, сужение круга контактов, нарушение личных и семейных планов, видоизменение привычного уклада и стиля жизни, осознание небезопасности жизнеосуществления находит отражение во внутренней картине болезни (ВКБ) пациента и его ощущении психологической безопасности (Р. Р. Богданов, Ж. И. Молчанова, Е. А. Ляшенко, О. А. Ганькина, М. Г. Чухрова, М. Н. Борисова, C. M. Vicario et al, S. N. Zhulev, World Health Organization).

Психологическая безопасность, рассматриваемая в проблемном поле медицинской психологии, означает поддержание и стабилизацию душевного состояния пациента в условиях неблагоприятного воздействия неврологической патологии. Системно-динамические характеристики ВКБ и психологической безопасности отражают прогноз, течение и исход болезни, поэтому апеллирование к ним может являться важным моментом построения стратегий психологической помощи в реабилитационных программах.

Существует многообразие подходов к исследованию ВКБ в реабилитации пациентов с неврологической патологией (Т. Н. Резникова, Н. А. Селиверстова, М. Р. Нодель, G. Castelnuovo et al, Р. Р. Богданов, О. Е. Ельникова, Е. В. Громыко и др.). Но существующие профилактические и реабилитационные программы оказываются недостаточно эффективными, поскольку в них не учитываются ресурсы и дефициты пациентов в контексте психологической безопасности, что ведёт к снижению их качества жизни (M. Di Luca et al, World Health Organization, Ю. Я. Варакин).

Исследование проблемного поля ВКБ во взаимосвязи с психологической безопасностью как новой области психологического знания актуально как в теоретическом, так и в практическом отношении. Несмотря на определенное количество исследовательских работ по безопасности человека в контексте болезненного состояния (С. Г. Максимова, О. Е. Ноянзина, М. Г. Синякова, В. С. Кошкаров, Н. А. Кора.), существует дефицит и неоднозначность результатов исследований в контексте ресурсов и дефицитов жизнеосуществления больного для задач реабилитации (И. Я. Стоянова, С. В. Соловьева).

Проблема исследования обусловлена тем, что в рамках саноцентрической медицинской модели и психологии здоровья недостаточно работ, в которых взаимосвязь ВКБ и психологической безопасности рассматривается как важнейший фактор прогноза выздоровления пациента, его чувства владения внутренним миром, благополучия, достоинства и самоуважения, определенного уровня субъективного контроля с активностью и саморегуляцией, доверия к людям и открытости контактам с лечащим персоналом и родными. Специалистами – психологами и врачами – в разработанных стратегиях лечения и реабилитации недостаточно учитываются психологические особенности пациентов, отражающие отношение к болезни и их ощущение безопасности/небезопасности в связи с негативным влиянием болезни и неврологической патологии; дефициты и ресурсы как мишени психологических интервенций, поддерживающих уверенность больных в своих силах, их ответственное и сознательное поведение без болезненной фиксации на патологии.

Цель исследования: изучение взаимосвязи внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией и психологической безопасности с последующей разработкой и апробацией модели комплекса мишеней психологических интервенций.

Объект исследования: внутренняя картина болезни.

Предмет исследования: взаимосвязь внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией и психологической безопасности.

Гипотеза исследования:

1. Характеристики ВКБ как отражение отношения к болезни взаимосвязаны с устойчивостью/неустойчивостью состояния пациента в условиях болезни как процессом перехода к ощущению безопасности или стагнации переживания опасности.

2. Ресурсный или дефицитарный характер взаимосвязи системно-динамических характеристик ВКБ и психологической безопасности позволяет использовать их в качестве мишеней психологических интервенций в процессе реабилитации.

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ клинико-психологических представлений о конструктах ВКБ и психологической безопасности пациентов с неврологической патологией, определение их характеристик, особенностей и факторов, которые представляют угрозу для личности.

2. Определение на основе эмпирического исследования системно-динамических характеристик ВКБ как отражения отношения к заболеванию исследуемой выборки и компонентов психологической безопасности.

3. Анализ особенностей ВКБ и компонентов психологической безопасности различных клинических групп пациентов с неврологической патологией.

4. Определение взаимосвязи ресурсных и дефицитарных системно-динамических характеристик ВКБ и психологической безопасности пациентов каждой клинической группы.

5. Разработка и апробация модели комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с неврологической патологией.

Теоретико-методологическими основаниями исследования являются принципы системности, комплексности, детерминизма, развития и единства сознания и деятельности (С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, Б. Г. Ананьев, Б. Ф. Ломов и др.). Основой построения концептуальной модели исследования выступают: концепция отношений личности В. Н. Мясищева ; модель саморегуляции в отношении здоровья и болезни Г. Левенталя; концепция

адаптации к болезни (A. Evers, F. Kraaimaat); биопсихосоциальная модель депрессии и тревоги (A. S. Zigmond, R. P. Snaith); концепция базовых убеждений (R. Janoff-Bulman); концепция жизнестойкости (S. C. Kobasa, S. R. Maddi, M. A. Zola); концепция психологического благополучия (К. Рифф); представления о ВКБ и психологической безопасности (Р. А. Лурия , А. Е. Личко, Н.А. Кора, В. В. Николаева , Е. Т. Соколова , Л. И. Вассерман , И. А. Баева , Т. В. Эксакусто , Н. В. Козлова, С.А. Богомаз, И. Я. Стоянова и др.).

Методы исследования: 1) Клинико-психологические методы – беседа, наблюдение; 2) 8 психодиагностических методик – «Тип отношения к болезни», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Краткая шкала оценки психического статуса MMSE», «Опросник когнитивных представлений о болезни»; «Краткая форма оценки здоровья SF-36», «Шкала базисных убеждений WAS», «Шкала психологического благополучия Рифф К.», «Тест жизнестойкости»; 3) Статистические – методы описательной статистики, Н-критерий Крускала – Уоллиса, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, нейронная сеть на основе логистической регрессии.

Эмпирическая база исследования. Выборка исследования – 200 человек, находящихся на этапе реадаптации в неврологических отделениях г. Томска. Средний возраст респондентов – 67±2 лет. Выборку составили группы пациентов с неврологической симптоматикой различного генеза: болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, последствия инсульта, остеохондроз позвоночника, головокружение и нарушение устойчивости.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечены исходными методологическими принципами, теоретическим обоснованием проблемы, репрезентативностью выборки участников исследования, применением научно-обоснованных методов психологического исследования, корректной обработкой полученных данных с помощью адекватных методов математической статистики.

Новизна исследовательской работы заключается в:

– объективации проблемы исследования взаимосвязи ВКБ пациентов и психологической безопасности;

– представлении большого массива данных различных нозологических групп пациентов с неврологической патологией об особенностях ВКБ как отражения отношения к заболеванию и психологической безопасности (базовых стратегий когнитивной регуляции болезни и когнитивного дефицита, уровня тревоги и депрессии, качества жизни, базовых убеждений, психологического благополучия и жизнестойкости);

– определении общих особенностей ВКБ и психологической безопасности пациентов с неврологической патологией;

– определении специфических особенностей ВКБ и психологической безопасности пациентов различных клинических групп;

– установлении взаимосвязи системно-динамических характеристик ВКБ и психологической безопасности различных клинических групп пациентов с неврологической патологией (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, остеохондроз позвоночника, последствия инсульта, головокружение и нарушение устойчивости);

– разработке и апробации модели комплекса мишеней психологических интервенций ресурсных и дефицитарных характеристик при неврологической патологии на основании анализа взаимосвязи ВКБ и психологической безопасности;

– выявлении основных мишеней для психологических интервенций негативного отношения к заболеванию и неустойчивости состояния пациента.

Теоретическая значимость диссертации. В исследовании реализован комплексный подход к анализу ВКБ пациентов с неврологической патологией, взаимосвязанной с психологической безопасностью. Расширены теоретические представления о специфике отношения к заболеванию различных клинических групп пациентов (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, остеохондроз позвоночника, последствия инсульта, головокружение и нарушение

устойчивости). Теоретическая значимость заключается в определении и концептуальной разработке модели комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с неврологической патологией различных клинических групп. Результаты исследования позволяют уточнить научные представления о характере взаимосвязи ВКБ и психологической безопасности, обнаруживаемой в двух модальностях: положительной – как преодоление болезни, определяющее устойчивость и улучшение состояния пациента, негативной – как неустойчивость состояния и пессимистичный прогноз болезни, сопровождающийся болью и страданием. Теоретические положения и выводы исследования могут служить дополнением к уже имеющимся разделам медицинской психологии.

Практическая значимость исследования и использование полученных результатов. Знание и анализ взаимосвязи ВКБ пациентов с неврологической патологией и психологической безопасности позволил дать обоснованные рекомендации для построения психолого-реабилитационных мероприятий, в частности, психологического сопровождения пациентов с болезнью Паркинсона, рассеянным склерозом, последствиями инсульта, остеохондрозом позвоночника, головокружением и нарушением устойчивости. Определение ресурсных и дефицитарных системно-динамических характеристик ВКБ и психологической безопасности предоставляют возможность повысить качество проводимых психологических интервенций. Полученные данные позволяют разработать и внедрить в практику новые технологии клинико-психологического сопровождения пациентов с неврологической патологией. Результаты диссертационного исследования используются при изучении дисциплины «Введение в клиническую психологию» в рамках Основной образовательной программы высшего образования специалитета (37.05.01 «Клиническая психология», профиль подготовки «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях») и бакалавриата (37.03.01 «Психология», профиль подготовки «Психолог в социальных практиках») в Национальном исследовательском Томском государственном университете; дисциплины «Клиническая психология в

геронтологии и гериатрии» в рамках Основной образовательной программы высшего образования специалитета (37.05.01 «Клиническая психология», профиль подготовки «Патопсихологическая диагностика и психотерапия») в Сибирском государственном медицинском университете Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также могут быть использованы в практической работе клинических психологов, неврологов и психиатров.

Положения, выносимые на защиту:

1. Устойчивость/неустойчивость состояния пациента в процессе перехода к ощущению безопасности или стагнации переживания опасности взаимосвязаны с отношением пациента к заболеванию, отражающемуся в характеристиках ВКБ.

2. Исследовательская модель, рассматривающая ВКБ и психологическую безопасность как сложные взаимосвязанные системно-динамические конструкты, является методическим инструментом, позволяющим получить представления об особенностях ВКБ пациентов с неврологической патологией различных клинических групп в контексте психологической безопасности.

3. На основе анализа взаимосвязи ВКБ и психологической безопасности, ресурсных и дефицитарных показателей обосновано применение модели комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с неврологической патологией.

Апробация результатов работы. Результаты научной работы были представлены: на Международной научно-практической конференции «Наука, образование, инновации: апробация результатов исследований» (г. Прага, Чехия, 9 февраля 2017); XIII Международном междисциплинарном Конгрессе «Нейронаука для медицины и психологии» (г. Судак, Россия, 30 мая–10 июня 2017); XV Международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Перспективы развития фундаментальных наук» (г. Томск, Россия, 24–27 апреля 2018); конгрессе молодых ученых «Актуальные вопросы фундаментальной и клинической медицины» (г. Томск, Россия, 24–25 мая 2018 г); V Всероссийской конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия» (г. Рязань,

Россия, 21–23 ноября 2018 г.); Международной научной конференции «Scientific research of the SCO countries: synergy and integration» (г. Пекин, Китай, 24–25 января 2019 г.).

Публикации. Материалы исследования отражены в 12 научных публикациях, в том числе 4 статьи в журналах, включённых в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук (из них 1 статья в российском научном журнале, входящем в Scopus), 2 статьи в электронных научных журналах, 6 публикаций в сборниках материалов международных научных и научно-практической конференций (из них 2 зарубежные конференции), международного и всероссийского конгрессов.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы (183 источника, из них 50 на иностранном языке), четырёх приложений. В работе содержится 27 таблиц и 19 рисунков. Объем работы составляет 174 страницы.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Рассматриваются теоретико-методологические основы исследования ВКБ пациентов с неврологической патологией и психологической безопасности. Представлены клинико-психологические характеристики внутренней картины болезни, ее особенности у разных групп пациентов, а также становление и развитие концепции психологической безопасности. Проводится анализ современного состояния исследований в области реабилитации пациентов с неврологической патологией. Дается теоретическое обоснование модели исследования взаимосвязи внутренней картины болезни и психологической безопасности как основы реабилитации пациентов с неврологической патологией.

1.1 Концепция внутренней картины болезни в клинической психологии

Болезнь может быть определена в рамках трех подходов: как некое состояние организма или изменение физического состояния тела; как точка зрения больного и полнота осознания им болезни – от эмоциональной реакции до самостоятельной концепции; как интерпретация врача или клинический диагноз [125]. ВКБ представляет собой целостный образ болезни, возникающий у пациента, как некое отражение заболевания в его психике, а также познание человеком самого себя в ситуации, которая порой кардинальным образом изменяет его жизнь и привычный уклад [49].

Проблема изучения ВКБ пациентов с неврологической патологией в настоящее время сохраняет свою актуальность, поскольку ВКБ – это психологическая структура, которая формируется самой личностью пациента, отражая и изменения внутри организма, и события внешнего мира, связанные с заболеванием. Личность накладывает отпечаток на возникновение, течение и исход заболевания; с другой стороны, личность изменяется под влиянием болезни и лечения [7].

К настоящему моменту в рамках личностного подхода отмечается плюрализм как в понимании феномена ВКБ и влияющих факторов, так и ее структуры, что подтверждается многообразием теоретических концепций, например, Лурия Р. А. [68], Конечный Р. [55], Тхостов А. Ш. [124], Николаева В. В. [93] и др. Подобная сложность и неоднозначность трактовки феномена затрудняет возможность его концептуализации, необходим выход за рамки только критического анализа и построение системы объективных тенденций и закономерностей развития науки применительно к конкретной области научного познания. Более подробно данное обстоятельство раскрывается в самом факте смены с течением времени и развитием взглядов и представлений на предметную область типов научной рациональности, которые находят свое отражение в этапах научного знания [8, 46, 66,115].

Еще в XX столетии произошел отказ от традиционной ориентации диагностического поиска исключительно на «клиническое предсказание патолого-анатомической картины» в пользу комплексной оценки состояния больного человека, на смену чему пришло патогенетическое рассмотрение заболевания и его лечения, в том числе неврологической патологии. Немалую роль в этом сыграли постановка вопроса об обязательности отдельного психологического наблюдения и признание концепции ВКБ [116].

Глубокое и всестороннее изучение данной темы началось с работ немецкого врача-интерниста Гольдшейдера А. (1926). Он назвал чувства, переживания и представления больного о своей болезни аутопластической картиной болезни. Гольдшейдер выделил два уровня картины болезни: «сенситивный», основанный на ощущениях, и «интеллектуальный» – результат размышлений больного о своем физическом состоянии.

В отечественной науке впервые ВКБ как проблему рассматривал Лурия А. Р. (1935), который ввел данное понятие в научный обиход [69]. Более пристальное внимание переживаниям и реакциям больного стало уделяться с 1950-х годов. Был введен ряд терминов, обозначающих субъективную сторону болезни. Так, Рохлин Л. Л. предложил понятия «сознание болезни»,

«отношение к болезни» (1957); Шевалев Е. А. – «переживание болезни» (1936); Балинт М. – «аутогенное представление о болезни» (1957), Краснушкин Е. К. – «чувство болезни» (1960); Федотов Д. Д. – «реакция на болезнь»; Фрумкин Я. П., Мизрухин И. А. и. Иванов Н. В – «позиция к болезни» (1970); Кербиков О. В. – «реакция адаптации» (1971); Мясищев В. Н. и Либих С. С. – «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» (1966); Хецен-Клеменс – «образ собственного заболевания» (1987) и др. [33]. Следует отметить, что в отечественной науке также распространен термин «отношение к болезни», который, по мнению Рохлина Л. Л., включает гнозис болезни, общие сдвиги в психике больного, отношение личности к заболеванию [91].

Различными авторами выделено большое число вариантов психологического и патологического реагирования личности на болезнь. Однако, несмотря на различия предлагаемых систематик, основой чаще всего выступают определенные типы реагирования на болезнь: адекватная (гармоничная) реакция; преувеличение или недооценка тяжести заболевания, включая анозогнозию (отрицание факта заболевания); осознанное искажение оценки (аггравация, симуляция, диссимуляции). Отмечается, что у большинства больных соматического профиля реакции на болезнь поддаются сознательному контролю и коррекции.

В сравнении с целым рядом подобных терминов, понятие ВКБ является наиболее общим и интегративным; кроме того, оно наиболее распространено для описания субъективных сторон заболевания, определяющих отражение болезни в психике индивидуума, в отечественных медицинских и психологических исследованиях.

Тхостов А. Ш. определяет ВКБ как сложное многоуровневое образование, включающее чувственную ткань, первичное и вторичное значение, личностный смысл. Личностный смысл – это значение обстоятельств болезни по отношению к мотивам. В ситуации любого заболевания наблюдается перестройка иерархии мотивов, которая является основным психологическим механизмом личностных изменений, происходит «смещение цели на мотив» [124]. Любая болезнь для

пациента приобретает личностное значение, преломляясь в структуре потребностей и мотивов человека, встраивается в систему личностных смыслов, которые отражают жизненное значение заболевания для личности.

Мясищев В. Н. рассматривает ВКБ как результат адаптации личности к условиям жизни, продиктованным заболеванием [94]. Ташлыков В. А. также предлагает рассматривать ВКБ как систему понятий и механизмов психической адаптации личности к болезни. Типологию ВКБ автор строит в зависимости от эмоционального восприятия болезни (депрессивного или фобического), а также в зависимости от понимания больным причин болезни (соматоцентрированный и психоцентрированный типы) [122].

А. Е. Личко (1980) на основании концепции Мясищева В.Н. рассматривал внутреннюю картину болезни как феномен, который базируется на сочетании следующих факторов: особенностей личности, природы заболевания и отношения к болезненным проявлениям окружающих. В соответствии с данными представления автор объединил реакции на заболевания в три блока. Первый блок отражает отношение к болезни, при котором адаптация пациента не нарушается существенным образом. К данному блоку относятся гармонический, анозогнозический, эргопатический типы. Второй блок представляет собой блок отношений, характеризующихся интрапсихической направленностью психической дезадаптации. В данный блок включены большинство типов отношения к болезни (тревожный, неврастенический, ипохондрический, апатический, меланхолический, сенситивный типы). Третий блок состоит из эгоцентрического, эйфорического, обсессивно-фобический и паранойяльного типа отношения к болезни. Он характеризуется дезадаптивным поведением, в основе которого лежит интерпсихическая направленность [24].

На протяжении последних десятилетий в клинической психологии разрабатываются модели репрезентаций болезни, многие исследователи подчеркивают ее важность в процессе адаптации к болезни [178, 157] и нормализации эмоционального состояния, в частности [14, 163].

По мнению Сирота Н. А. и Москвиченко Д. В (2014), репрезентация болезни представляет собой основу интерпретации больным своего болезненного состояния, отношения к болезни [108]. Исходя из основных представлений модели Левенталя Г. (саморегуляция в отношении здоровья и болезни), пациент практически всегда выступает в роли «наивного ученого», занимающегося активным поиском информации для того, чтобы на ее основе сделать определенные выводы в отношении своего состояния и прогнозов [156]. В модели выделяется пять компонентов репрезентации болезни: соотношение себя и симптомов болезни, представление о причинах заболевания, ожидаемые последствия болезни и лечения, убеждения, касающиеся течения болезни и лечения [179]. При этом пациент опирается на принятые в культуре представления о болезни и предшествующий опыт социальной коммуникации в отношении заболевания, социальное окружение (медицинский персонал, близкие); личностный опыт, который, по мнению Левенталя, является наиболее мощным фактором формирующейся модели болезни.

Некоторые исследователи указывают на общую структуру репрезентаций болезни при различных хронических заболеваниях, что позволяет определить связь стратегии избегания с хроническим протеканием заболевания, симптомами и пониманием болезни [161], например, утрату контроля связывают с беспомощностью, приводящей к дезадаптации пациента [97, 133]. Чувство утраты контроля при болезни некоторыми исследователями определяется как беспомощность, безнадежность, которые при долгосрочной перспективе приводят к дезадаптации больных [173].

К сожалению, в работах адаптивным когнитивным конструктам уделялось меньше внимания, что связано с неоднозначностью предлагаемых конструктов для описания позитивных когнитивных механизмов адаптации. В связи с данным фактом Эверс А. и Краймат Ф. [139] предложили конструкты, отражающие когнитивный процесс адаптации к стрессу болезни: когниции, подчеркивающие негативное значение стрессора; когниции, снижающие негативный смысл стрессового события; когниции, отражающие позитивное восприятие. Подобное

выделение репрезентаций болезни позволяет оценить не только поведение пациента и предсказать его возможные реакции на стрессовые события, связанные с болезнью, но и определить когнитивный компонент ВКБ.

На настоящий момент существует множество терминов, определяющих отображение болезни в психике человека. Каждое понятие по-своему раскрывает субъективную сторону болезни, как правило, фокусируясь на каком-либо отдельном аспекте [20].

В настоящее время в медицинской практике всё чаще психические, психологические, эмоциональные факторы вызывают физические симптомы неблагополучия [30], которые отражают специфические преморбидные индивидуально-типологические девиации [110]. Несмотря на разницу в составляющих этих проявлений (биологических, когнитивных, эмоциональных и поведенческих), есть и так называемые «зоны перекрытия» [145]. Например, когда говорят про биологическую составляющую эмоциональных нарушений при неврологических заболеваниях, чаще всего имеют ввиду роль биологических аномалий [141] или искаженные когнитивные установки, когда пациенты неверно оценивает эмоциональные способности к решению собственных проблем [145]. Последствия для индивида неадаптивного эмоционального и когнитивного компонентов ВКБ значительны как в плане инвалидизации, так и в плане снижения качества жизни.

Елфимова Е. В. отмечает актуальность изучения компонентной структуры ВКБ, которая вызвана нехваткой российских теоретических исследований, преимущественно по проблеме его взаимосвязи с феноменом приверженности к лечению, в отличие от зарубежной клинической психологии и медицины [38]. По данным ВОЗ, примерно половина хронически больных не выполняют медицинские рекомендации [120]. Порядка 50 % пациентов прерывают терапию в течение 6 месяцев от ее начала, и только 15 % продолжает лечение до 1 года [136]. С целью повышения вовлеченности пациента в лечебный процесс и появления у него осознанной приверженности к лечению разрабатываются теории

и модели, направленные на переход от модели «комплаенса» к «конкордантности» в отношениях врач-специалист [160, 136].

Имея все характеристики, присущие психологическим отношениям, ВКБ включает в себя когнитивный, эмоционально-сенситивный и мотивационно-деятельностный уровни и проявляется в соответствующих сферах функционирования личности. Когнитивный компонент включает знания о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз. Эмоциональный компонент – ощущение и переживание болезни и всей ситуации, связанной с ней. Поведенческий компонент включает реакции, связанные с болезнью, которые способствуют адаптации или дезадаптации к ней, и наработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью – принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки [65].

В типологии реагирования на болезнь Лакосиной Н. Д. и Ушакова Г. К. критерием, взятым за основу классификации, является система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью [88].

Любое заболевание, в том числе сопровождающееся неврологической патологией, относится к тем факторам, которые влияют на изменение психического состояния человека, его отношения к окружающему, на изменение самооценки, что зачастую провоцирует преждевременную как физическую, так и психическую инвалидизацию. В новой для пациента жизненной ситуации на основе совокупности ощущений, представлений и переживаний, связанных с физическим состоянием, человек формирует свое собственное отношение к новым обстоятельствам жизни и к самому себе в этих обстоятельствах, то есть ВКБ. При этом имеют важное значение как объективные условия жизни больного, субъективный контекст, так и совокупность ситуационных особенностей, куда относится вся ситуация лечения [39]. На исход болезни,

поведение больного и его переживание болезни влияют не только те ощущения, которые он испытывает в момент болезни, но и то, как он воспринимает саму болезнь в целом. Именно поэтому ВКБ является ключевым образованием при формировании интервенционных мероприятий, поскольку особенности ВКБ влияют на прогноз, течение и исход болезни.

Исследование человека, находящегося в ситуации болезни, необходимо осуществлять как с психологической точки зрения, так и с медицинской, что предусматривает междисциплинарный характер исследования и сложность сопряжения методологии обеих наук [89]. В то же время данное обстоятельство позволяет осуществлять системный анализ феноменов ВКБ в контексте психологической безопасности с точки зрения постнеклассического этапа науки [45], что предполагает междисциплинарный анализ феноменов и характер проведения исследований. Необходим учет особенностей ВКБ в контексте психологической безопасности как конструкта, отражающего восприятие человеком собственных ресурсов и дефицитов жизнеосуществления в целом.

Таким образом, концепция ВКБ обширно представлена в исследованиях и по-прежнему сохраняет свою актуальность, поскольку данный конструкт содержит в себе важные аспекты для специалистов, взаимодействующих с пациентом. ВКБ является сложным психологическим явлением, она очень изменчива, зависит от большого количества факторов и возникает у больных во всех случаях заболевания, как незначительных, так и тяжелых хронических. Отношение к заболеванию является элементом системы отношений в целом и поэтому не может рассматриваться изолированно, его необходимо рассматривать в более широком контексте, учитывая также отношение к тем сферам функционирования личности (эмоциональной, когнитивной, мотивационно-поведенческой), на которые может влиять как сам факт заболевания, так и отношение к нему индивида. ВКБ в одних случаях играет роль оптимизатора, который определяет поведение, направленное на преодоление болезни, в других – формирует пессимистические прогнозы, которые сопровождаются негативными

эмоциями. ВКБ пациентов определяется особенностями течения различных заболеваний, сопровождающихся неврологической патологией.

1.2 Клинико-психологическая характеристика и особенности внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией

Неврологическая патология – это симптомы, которые свойственны поражению центральной и периферической нервной системы и существенно влияют как на прогноз успешности интервенционных мероприятий, так и на качество жизни пациентов в целом. В современной практике комплекс немедицинских проблем, с которыми приходится сталкиваться специалистам, расширяется с каждым годом, поскольку наличие патологических симптомов приводит к возникновению у пациента ВКБ, с одной стороны, зачастую снижающей успешность проводимых мероприятий, с другой – повышающей сложность диагностики.

Наличие неврологической патологии у пациента является серьезной проблемой общественного здравоохранения [139], однако знания о бремени болезни остаются ограниченными, несмотря на общепризнанное значительное влияние неврологической патологии на пациентов и общество [135]: более 20 % людей пожилого возраста страдают в связи с наличием данной патологии, а более 6 % случаев инвалидности вызвано ей [159, 143].

Отечественные исследования, в частности [23] указывают на то, что реальная частота встречаемости неврологической патологии в несколько раз превышает показатели распространенности, полученные по материалам официальной статистики здравоохранения. Подобный факт связан с уходом изучением неврологической патологии только в рамках классических неврологических заболеваний. Рассмотрение неврологической патологии в рамках других нозологических групп позволяет осуществлять мониторинг самой патологии и связанных со здоровьем проблем во всех отраслях с целью сохранения здоровья населения. Данное обстоятельство соответствует эпидемиологическим исследованиям глобального бремени болезней,

осуществляемым в последние два десятилетия, которые позволяют включать неврологическую патологию в две категории: неврологическая патология в пределах психоневрологических категорий и неврологическая патология из других категорий – заболевания, имеющие неврологические осложнения [134, 143].

Высокий рост и увеличение распространенности хронических соматических заболеваний и неврологической патологии с большим риском неблагоприятного исхода на данный момент является острой медико-социальной и психологической проблемой. У пациентов с неврологической патологией формируется ВКБ. При этом реакция на болезнь и возникающие в результате психологические нарушения (а также степень их выраженности) во многом разнятся. Это обусловлено несколькими факторами: так, одни заболевания являются врожденными и сопровождают пациента всю жизнь (например, ДЦП), а другие, наоборот, остро возникающими (инсульт, последствия черепно-мозговой травмы и пр.); при одних выражен болевой синдром и ограничения движений (остеохондроз, грыжи межпозвоночных дисков, радикулит и пр.), при других – общая астения, мигрени (энцефалопатии, ВСД и пр.); некоторые заболевания возникают преимущественно в пожилом возрасте (болезнь Паркинсона и пр.), иные же характерны для детей и подростков. Тем не менее, исследователи выделяют общие характерные признаки реакции на болезнь у пациентов с неврологической патологией. Социальная ситуация изменений личности больных с неврологической патологией во многих отношениях отрицательная, она ограничивает возможности жизнедеятельности человека [176]. Пациенты вынуждены рассчитывать детали своего жизнеосуществления в новом качестве: меняется социальный статус больных; нередко они переводятся на инвалидность; сужается круг социальных контактов, нарушаются личные и семейные планы; достижение определенных целей становится невозможным; видоизменяется привычный уклад и стиль жизни.

На динамику психологического состояния пациентов с неврологической патологией, по мнению Епифанова В. А. и Епифанова А. В., оказывают

воздействие три основные группы факторов: личностные, соматогенные и факторы окружающей среды. В остром периоде болезни преобладает влияние соматогенных факторов, а в последующие недели – личностных, а затем – факторов окружающей социальной микросреды. Все эти три группы факторов действуют на всех этапах психологической реадаптации [41].

Очень часто течение неврологической патологии сопровождается болевым синдромом, которое оказывает непосредственное влияние на ВКБ таких пациентов [128, 129, 137, 147, 152, 180].

Наличие хронического болевого синдрома негативно отражается на эмоциональном состоянии пациентов, поскольку патологическим ощущениям боли сопутствуют эмоциональные переживания тревоги и депрессии. Применение оперативных способов диагностики в практическом здравоохранении (интеллектуальные системы экспресс-диагностики) позволило своевременно выявлять лиц повышенной группы риска и в дальнейшем по отношению к ним проводить интервенционные мероприятия, направленные на повышение качества жизни [181]. Кроме того, в результате исследования, проведенного Котовой О. А., Тесловой О. А. и Кубраковым К. М, установлено, что чем ярче проявления нейропатических болей, тем выше субъективное восприятие болевого синдрома и сильнее депрессивные переживания [60].

Штрахова А. В. установила, что представленность понятия боли в структуре ВКБ у больных с неврологической патологией в большей степени относится к ее эмоциональному компоненту, поскольку при хронической стадии комплекс переживаний болезни сосредоточен не на чувственном (сенситивном) компоненте, как это наблюдается в острой стадии заболевания, а в большей степени сконцентрирован на эмоциональном переживании боли, что свидетельствует о наличии определенного опыта совладания с болезнью и наличии ее первичной, главным образом эмоциональной, оценки [129].

Данные исследования Ситновой М. А., Есина О. Р. и Есина Р. Г., проведенного на пациентах с постинсультной болью, свидетельствуют о большей роли психогенного компонента при формировании болевых синдромов в раннем

восстановительном периоде и нейрогенного, соматогенного компонента – в позднем восстановительном периоде, а постинсультная боль часто ассоциируется с депрессией [109].

Одной из наиболее значимых сегодня медицинских и социальных проблем является широкая распространенность вертеброгенной патологии, которая занимает четвертое место среди всех заболеваний, приводящих к временной утрате работоспособности и снижению качества жизни больного. Наиболее частым вариантом является остеохондроз позвоночника, который с позиции клинической психологии рассматривается как заболевание, имеющее высокую психосоматическую корреляцию [126]. Поэтому реакция на болезнь, а также психологические предпосылки формирования данного заболевания рассматриваются в клинической психологии довольно широко.

Согласно Малкиной-Пых И. Г., больные остеохондрозом характеризуются: неадекватными установками, при которых самоутверждение требует постоянного дополнительного усилия; печалью, отчаянием, неспособностью отвечать внешним и внутренним требованиям жизни; компенсацией неуверенности в себе, в своем несоответствии требованиям; подавленностью повседневными заботами. Среди личностных особенностей данная группа пациентов характеризуется тенденцией к нахождению вторичной выгоды от болезненных симптомов, что отражает подсознательное желание нетрудоспособности [73].

Кожевникова В. Н., Залевский Г. В. и Карташова К. С. установили особенности психологических проявлений заболевания в правосторонней и левосторонней локализации болевого синдрома. Так, больные с правосторонней локализацией болевого синдрома характеризуются высокой истощаемостью физических и психических функций, эмоциональной лабильностью, склонностью к сильным отрицательным переживаниям, ипохондричностью и тревожным типом отношения к болезни. Поведенческие реакции разворачиваются по психосоматическому варианту и через вытеснение и соматизацию неприятных переживаний позволяют им истолковывать жизненные затруднения, неспособность оправдать ожидания окружающих с позиций приемлемого

социального поведения. Психологическое состояние больных с левосторонней локализацией болевого синдрома характеризуется дезадаптацией, гиперустойчивыми длительными аффективными реакциями, тревожной мнительностью, демонстративностью, преобладанием аффективно-насыщенных и трудно корригируемых концепций, связанных с физическим здоровьем, неуверенностью в себе и социальной неадаптивностью. Для больных характерно повышенное внимание к соматическим процессам, неадекватное восприятие болевых ощущений, навязчивые страхи, сенситивный и паранойяльный типы отношения к болезни [53].

По данным Стаховской Л. В. в последние десятилетия отмечается увеличение числа инсультных заболеваний, что делает актуальной проблемой медико-социальную реабилитацию постинсультных больных, направленную на восстановление нарушенных функций, на возвращение больного в общество и к посильному труду [114]. Двигательные и чувствительные расстройства, возникающие после инсульта, нередко сопровождаются когнитивными нарушениями, депрессивными и невротическими реакциями на болезнь, что в значительной мере затрудняет формирование у больного позитивной установки на лечение.

Ермакова Н. Г. установила, что у больных с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта наблюдались установки, связанные со значительной переоценкой тяжести состояния, с недооценкой собственных возможностей, с негативизмом, и сопровождались депрессивными, ипохондрическими реакциями на болезнь. У больных с умеренными двигательными и когнитивными нарушениями наблюдались преимущественно невротические реакции на болезнь и проявлялись они в установках долженствования, недоверия к помощи специалистов, в переоценке собственных возможностей. Выявлены механизмы переработки ситуации, а также особенности личности пациентов, препятствующие принятию адекватной роли в процессе лечения: демонстративность, импульсивность, подозрительность, замкнутость, пессимизм. На основании наблюдений выявлены качества личности,

способствующие формированию позитивной установки на восстановительное лечение: оптимизм, готовность к принятию ответственности за исход лечения на себя, терпеливость, самодостаточность [43].

Активно изучаются нервно-психические нарушения – эмоциональные, когнитивные, поведенческие расстройства, утомляемость, нарушения сна и бодрствования у больных болезнью Паркинсона (БП). Интерес к данной проблеме обусловлен их высокой частотой при этой болезни, а также значимым негативным влиянием на качество жизни не только самих пациентов, но и их близких (родственников и друзей) [12, 163].

Аффективные нарушения при БП представлены депрессией, апатией, тревожностью, навязчивыми состояниями. Обычно более выраженные аффективные нарушения наблюдаются в течение первых трех лет болезни, затем происходит адаптация к заболеванию и личностная переработка ситуации со снижением психоэмоциональной реакции на болезнь. Риск развития депрессии у пациентов с болезнью Паркинсона примерно в 2 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста и пола. Аффективные и когнитивные нарушения более выражены на продвинутых стадиях заболевания при усилении моторных симптомов, снижении эффективности медикаментозной терапии. Открытым остается вопрос о взаимном влиянии когнитивных и аффективных нарушений и их дифференциальной диагностике при БП, в том числе на ранних этапах [71].

По данным исследования Нодель М. Р. и Яхно Н. Н., частота апатии у пациентов с болезнью Паркинсона без деменции составила 25 %. Наличие апатии ухудшает прогноз и ассоциируется с более быстрыми темпами прогрессирования когнитивных нарушений, развитием деменции, снижением повседневной активности. Апатия при болезни Паркинсона отмечается чаще, чем при другом хроническом заболевании – остеоартрозе, сопоставимом с данной болезнью по ограничению двигательной активности. Авторы считают, что апатия не может объясняться лишь возрастными факторами или психологической реакцией на хроническую болезнь, а представляет собой проявление морфофункциональных и нейрохимических изменений при БП [82].

Патогенез аффективных расстройств при болезни Паркинсона многие авторы связывают с нейромедиаторным дисбалансом и психологической реакцией больного на неизлечимое, неуклонно прогрессирующее заболевание. Депрессия, апатия и ангедония являются характерными немоторными проявлениями болезни Паркинсона, влияющими на повседневную активность и качество жизни пациентов и их родственников [96]. По данным различных исследований, апатия встречается у 17–80 % пациентов с болезнью Паркинсона [81].

Созинова Е. В. и Глозман Ж. М. утверждают, что пациенты с болезнью Паркинсона с высоким когнитивным уровнем ВКБ демонстрируют мотивационную сохранность и проявляют активность, направленную на преодоление болезни. Исследователи выяснили, что именно субъективное представление дефектов, а не объективные двигательные нарушения, коррелирует с эмоциональными нарушениями (депрессия, ангедония, снижение самооценки). Было показано, что именно субъективные факторы имеют определяющее значение для восприятия качества жизни [111]. Такими факторами могут выступать системно-динамические характеристики психологической безопасности, поскольку, подбирая методы, адекватные не только заболеванию, но и эмоционально-личностным особенностям пациента, можно достичь наибольшей эффективности интервенционных мероприятий.

Согласованная работа всех компонентов ВКБ имеет большое значение для сохранения и использования резервных возможностей личности, что важно при любом заболевании, а особенно при таком тяжелом, как рассеянный склероз (РС). Известно, что РС отличается большим разнообразием неврологической симптоматики, непредсказуемостью течения, наличием функциональных расстройств центральной нервной системы (ЦНС) и различных нарушений когнитивных функций и личности [4]. Вместе с тем, работ по исследованию ВКБ при РС крайне мало.

По результатам исследования Резниковой Т. Н. и соавторов, проведенного с участием больных с РС, в состоянии ремиссии они проявляли большое

количество разнообразных субъективных ощущений, которые по-разному отображаются на вербальном (осознанном) и невербальном (неосознанном) уровнях [99]. Так, эмоциональные процессы (осознанная и неосознанная депрессия и тревога) связаны с клинико-анамнестическими данными (тяжестью заболевания и личностной дезадаптацией пациентов) [98]. Отмечается взаимовлияние клинической и психологической картины у больных с РС, что необходимо учитывать при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий [100].

Повереннова И. Е., Романова Т. В., Захаров А. В., Хивинцева Е. В. указывают на важную роль раннего выявления когнитивных нарушений при рассеянном склерозе, наблюдающихся у 43-72 % пациентов и снижающих социальную адаптацию и общее качество жизни больного. При исследовании внимания, памяти, зрительно-пространственных операций с акцентом на эффективность и скорость обработки информации были обнаружены корреляции между когнитивными дисфункциями пациентов и тяжестью заболевания, а также его длительностью. [90].

В противовес результатам исследования Поверенновой И. Е. и соавторов Жулёв С. Н., Торонова А. А., Немыкин О. Н.., Фоминцева М. В., Гарышина Ю. О., Кула И. И., Мирзаева Л. М. утверждают, что зачастую при рассеянном склерозе на первый план выступают психотические нарушения. Например, кататония, депрессивные и дементивные проявления могут затмевать неврологическую симптоматику, что в свою очередь не только усложняет постановку диагноза, но и снижает эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий [182].

Молчанова Ж. И. при исследовании влияния эмоционально-когнитивной и мотивационной сфер, особенностей отношения к болезни на качество жизни обнаружила, что у пациентов с РС, имеющих когнитивный дефицит, показатели качества жизни (ограничения повседневной деятельности) достоверно более низкие, однако ограничение социальных контактов не зависит от когнитивного дефицита. Основываясь на концепции о ВКБ, автор пришла к выводу, что для проведения мероприятий по повышению качества жизни у больных с РС нужно

воздействовать на весь комплекс физических и психологических факторов, уделяя особое внимание коррекции психологических факторов [77].

В другом исследовании, направленном на изучение нейропсихологического и физиологического статуса, сравнивая группы пациентов с акинетико-ригидной формой рассеянного склероза и болезни Паркинсона, Лорина Л. В., Бутова В. М., Джапаралиева Н. Т. пришли к выводу, что все пациенты воспринимают свою болезнь как психотравмирующий фактор, который ограничивает их роль в обществе и в целом снижает уровень качества жизни [67].

Исследование Борисовой М. Н. отношения к болезни пациентов с неврологическими последствиями черепно-мозговой травмы показало, что именно наличие заболевания накладывает свой отпечаток на отношение человека к болезни: появляется беспокойство, мнительность, раздражительность, а также внутреннее напряжение (неврастенический и тревожный типы реагирования на болезнь). При этом автор делает вывод о том, что имеет значение не степень тяжести заболевания, а наличие самого заболевания как такового [17].

Итак, существующие исследования ВКБ при заболеваниях, сопровождающихся неврологической патологией, не дают исчерпывающих и однозначных ответов на вопрос, каковы особенности ВКБ у больных. Однако анализ и учет ВКБ пациентов с неврологической патологией позволит обоснованно применять дифференцированную психотерапевтическую тактику. В настоящее время активно разрабатывается этап работы с ВКБ при разных видах заболеваний.

Анализ научной литературы по проблеме ВКБ пациентов с неврологической патологией позволяет сформулировать некоторые общие выводы. Представление больного о заболевании влияет на формирование ВКБ. При всем разнообразии методологических позиций авторов, рассматривающих данную проблему, все они отражают, по сути, комплекс переживаний и ощущений больного, интеллектуальных и эмоциональных реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающими. С этой позиции заболевание необходимо

рассматривать не как естественное состояние, которое пассивно ощущается субъектом, а как предмет его активного отражения.

В психологическом плане ВКБ может рассматриваться как элемент самосознания, сформированный в результате самопознания. Ее можно рассматривать как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающих в психике больного патологические изменения процессов жизнедеятельности организма, а также условия существования личности, связанные с ними и определяющиеся патологией. Остается открытым вопрос о наполнении системно-динамических характеристик, отражающих компонентную структуру ВКБ, в частности о ресурсных и дефицитарных характеристиках личности, необходимость рассмотрения которых в рамках интервенционных мероприятий не вызывает сомнения. Поскольку болезнь и неврологическая симптоматика влияют не только на физическое благополучие, но и жизнь в целом, большим потенциалом представляется рассмотрение системно-динамических характеристик ВКБ во взаимосвязи с системно-динамическими характеристиками психологической безопасности личности.

1.3 Психологическая безопасность и исследования в области реабилитации пациентов с неврологической патологией

В настоящее время в науке, в том числе и психологии, преодолен упрощенный взгляд на безопасность, которая рассматривалась как защищенность, устранение и отражение физической угрозы. Впервые безопасность была рассмотрена сквозь призму человека во второй половине XX века в материалах о проведении миротворческих операций ООН [56]. В конце XX века была определена концепция «Human security», в которой особое внимание уделялось личности и ее развитию, возможности жить достойно [83, 72]. Позднее концепция «Human security» стала включать в себя безопасность отдельного индивида (или безопасность личности), что обусловлено пересмотром приоритетов и переносом их на интересы человека с интересов государства. Данный факт привел к появлению нового аспекта – психологической (личностной) безопасности [164].

Несмотря на широкое обсуждение концепции «Human security», нет единого понимания конструкта «безопасность», в том числе психологической, и его основных составляющих. Так, по определению ООН, под безопасностью понимается защита от различных негативных влияний среды (от страха, угроз голода, болезней, преступлений) [16]. Salomon S. и соавторы определяют концепцию «Human security» как обеспечение базовых потребностей и реализацию «человеческого достоинства» и прав вне зависимости от статуса [171]. В докладе о развитии человека (2010) были представлены компоненты безопасности: экономическая, экологическая, продовольственная, политическая, личностная (психологическая), безопасность здоровья, меньшинств [35].

Психологической безопасности посвящено большое количество исследований в разных сферах науки, например, в контексте образовательной среды и профессиональной деятельности [10, 13, 59, 86, 95], информационном контексте [32], условиях экстремальной ситуации [11] и техногенного риска условий проживания и деятельности [106, 123, 130, 131].

Несмотря на большое количество работ, посвященных психологической безопасности, данная проблема является недостаточно разработанной в плане клинических исследований [112], направленных на изучение личностных особенностей пациентов в русле возможности и способности человека адекватно приспосабливаться к неблагоприятным воздействиям заболевания с опорой на личностный ресурс. Зачастую безопасность в медицине ограничивается рамками непосредственно биологической (медицинской) безопасности [28, 50, 54].

В зарубежной и отечественной науке имеются различные варианты трактовки термина «психологическая безопасность», каждая из которых акцентирует внимание на тех или иных ее сторонах.

В медицинской (клинической) психологии психологическая безопасность рассматривается как сложный конструкт. С одной стороны, психологическая безопасность является формирующимся в условиях психологических интервенций динамическим процессом [86, 105, 131]; с другой – состоянием,

которое определяется и обеспечивается базовой потребностью человека [74]; с третьей – свойством и ресурсом личности пациента, обеспечивающим защищенность от деструктивного воздействия заболевания, что отражается в определенном отношении, переживании человека по поводу болезненной ситуации [103, 107, 123]. В третьем варианте особенно подчеркивается роль саморазвития и ответственность самого пациента за психологическую безопасность [26, 44, 104, 140]. Попытки исследователей определить содержание данного конструкта свидетельствуют о феноменологии данного понятия, его актуальности в различных сферах науки и практики в современном обществе.

По мнению Стояновой И. Я., психологическую безопасность необходимо рассматривать как важный фактор здоровья пациента, который необходимо учитывать специалистам в рамках саноцентрической модели здоровья, что требует учета ресурсов и возможностей человека [118]. Характеристики психологической безопасности могут быть использованы специалистами в процессе реабилитации и лечения [36, 75, 103, 117] как фактор развития ресурсов личности и поддержания здоровья пациента, что непосредственно связано с адаптивной ВКБ.

Агузумцян Р. В, Мурадян Е. Б. утверждают, что безопасность – необходимое условие развития любой системы, и одним из самых существенных параметров является безопасность личности [1].

Янов-Бульман Р. рассматривает безопасность как значимое чувство человека и определяет три категории базисных убеждений: отношение и вера, что в мире больше добра; убеждение о наполненности смыслом; ценность собственного «Я». Автор акцентирует внимание на том, что высокий уровень психологической безопасности способствует личностному росту, усиливает стремление человека к достижению целей [151]. Подобная концепция окружающего мира и собственного «Я» отмечается у любого психически здорового человека, однако она может быть нарушена в неблагоприятной ситуации [85]. Когнитивные убеждения можно определить как имплицитные,

глобальные, устойчивые представления индивида о мире и себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека [29].

Исследователи отмечают необходимость комплексного рассмотрения психологической безопасности с точки зрения смыслов, ценностей, базовых стремлений, а также указывают на взаимосвязь психологической безопасности с особенностями жизнестойкости личности [3, 37, 132]. Жизнестойкость является основной базовой характеристикой человека, которая опосредует негативные факторы соматического заболевания посредством убеждений личности о возможности справляться с жизненными обстоятельствами, способности и стремлении к преодолению трудностей, что является условием развития личностного потенциала [18, 84, 155]. Айсмонтас Б. Б. и Одинцова М. А. отмечают связь жизнестойкости и реабилитационного потенциала [2].

Большое внимание исследователей уделяется качеству жизни как фактору, снижающему психологическую безопасность и приводящему к самостигматизации пациентов [113]. Кора Н. А. связывает психологическую безопасность в большей степени с качеством жизни: всё, что снижает это качество, является угрозой, а всё, что может повысить это качество, увеличивает безопасность. Автор при изучении психологической безопасности обращается к «человеческому фактору» – субъекту, опираясь на понятие субъекта в понимании С. Л. Рубинштейна [102], анализируя различные исследования, предполагает, что «первичным», «базовым» понятием в изучении безопасности может стать категория отношений, поскольку исследование «отношения» позволит рассмотреть безопасность как психологический конструкт и выявить ее социально-психологическую направленность. Психологическая безопасность личности проявляется в способности сохранять устойчивость в среде с психотравмирующими воздействиями, коими выступают наличие неврологической патология и заболевания в целом [57].

По мнению Д. Балуева, который опирается на исследования Thomas C. [175], психологическая безопасность включает в себя и уровень

индивида, и уровень общества, и связана с качеством жизни людей, общества, политического процесса [135].

Hyde A. для пациентов с поведенческими и психологическими проявлениями деменции предлагает рассматривать психологическую безопасность через призму благополучия и качества жизни [146], такого же взгляда придерживаются Pagnini F. и Simmons Z. при работе с нейродегенеративными заболеваниями [167]. Важным видится рассмотрение «психологического благополучия» в рамках системно-динамических характеристик психологической безопасности пациентов с неврологической патологией. В отличие от психического здоровья, данный термин подразумевает субъективное самоощущение целостности и осмысленности индивидом своего бытия. Данное понятие относится к категории понятий экзистенциально-гуманистической психологии.

Алламов Р. утверждает, что достижение безопасности исходит из смыслообразующих возможностей человека, преодолевающего кризисные ситуации. Личностные образования автор предлагает рассматривать как «ядро личности», как базовый фактор формирования безопасности [5].

Стоянова И. Я. и Смирнова Н. С. определяют, что психологическая безопасность включает аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты и предлагают когнитивно-поведенческий подход как основной при работе с пациентами депрессивного спектра [119]. Кора Н. А., Щепкина Н. К. придерживаются похожего уровневого строения при рассмотрении психологической безопасности, выделяя мотивационный, когнитивный, эмоционально-волевой и деятельностный компоненты [58]. С помощью эмоционального компонента личность способна управлять поведением и целенаправленно организовать деятельность, получая удовольствие от результата. Мотивационный компонент психологической безопасности позволяет пациенту сделать выбор между возможными и различными стрессовыми воздействиями, придает поступкам пациента субъективный, личностный смысл. Подобная

активация эмоций и психическая активность открывают широкие возможности для интервенционных мероприятий.

Кимберг А. Н. отмечает, что проблему психологической безопасности необходимо рассматривать в связи с конструктом психологического благополучия [51]. Исследуя психологическое благополучие, Весна Е. Б. и Ширяева О. С. определяют его как совокупность личностных ресурсов, обеспечивающая успешность личности в системе «субъект – среда» [25]. Карапетян Л. В. утверждает, что наибольшее число теоретических и практических исследований касаются субъективного и психологического благополучия [48].

Особенно актуальным видится рассмотрение психологической безопасности пациентов с неврологической патологией, поскольку ощущение безопасности является не константным, а относительным, и в большей мере зависит именно от состояния нервной системы [6]. Исходя из нейрофизиологической теории «блуждающих нервов» (polyvagal theory), психологический опыт и выбор поведения определяются «физиологическим состоянием», так как нервная система человека постоянно оценивает риски и безопасность в окружающей среде [168].

В настоящее время новые тенденции развития мирового сообщества предполагают в качестве одной из основополагающих ценностей здоровье человека, и это обусловливает концептуализацию здоровьецентрических представлений в медицинской науке. Необходимость расширения и углубления научных знаний в этой области вызвана конкретными нуждами практики – как медицинской, так и психологической.

В теоретических исследованиях современный переход от «медицины болезней» к «медицине здоровья», преодоление понимания здоровья как отсутствия заболевания обусловливает не только активную социальную профилактику путем создания максимально здоровых условий жизни, но также и учет в процессе реабилитации ориентации на проявления индивидуально-психологических особенностей ВКБ личности в контексте психологической безопасности. Процесс изменения динамических характеристик ВКБ,

происходящий при психологических интервенциях, отражается как на исходе заболевания, так и на качестве жизни пациента [76].

Что касается современных зарубежных исследований, то реабилитация пациентов с неврологической патологией осуществляется в русле психологии здоровья. Зарубежные медицинские психологи утверждают, что применение биомедицинской модели является ошибочным, поскольку известно, что стресс взаимодействует с болезнями биологической этиологии и является фактором «диатеза» [177]. Биомедицинская же точка зрения не гарантирует положительного результата реабилитации и не объясняет целый ряд явлений; психологические и социальные элементы также должны быть включены на уровне этиологических, патогенетических и экологических факторов [153].

Ormstad H. и Eilertsen G., исследуя взаимосвязь апатии и депрессии пациентов с последствиями инсульта, предложили биопсихосоциальную модель. Ученые предположили, что риск развития депрессии может быть уменьшен, если пациентом будет признан опыт апатии, и акцентировали внимание на роли этих феноменов в ключе реабилитационного процесса [166].

Griffin B., Loh V., Hesketh B. на базе биопсихосоциальной модели предложили Ментальную модель факторов. В рамках реабилитации упор делается на то, каким образом человек конструирует в своем сознании ментальную модель или внутреннее представление о своем заболевании и предполагаемом возрасте смерти. Предлагаемая структура включает четыре категории предикторов: 1) биомедицинские и генетические факторы; 2) социально-экономические факторы; 3) поведение в отношении здоровья; 4) двигательные нарушения [144].

При любом заболевании, сопровождающемся неврологической патологией, отношение человека проходит процесс реорганизации [170]. Sampaio-Baptista C., Sanders Z. B., Johansen-Berg H. указывают на индивидуальную связь процесса реабилитации, структурной пластичности мозга и двигательной подготовки [172]. O’Dell M. W., Lin C. D., Harrison V. также утверждают, что при наличии неврологической патологии необходимо внимание к двигательным дефицитам, поскольку, с одной стороны, именно двигательная слабость является наиболее

очевидной как для пациента, так и для внешнего наблюдателя, с другой – выраженность двигательной слабости является сильным предиктором функциональных дефицитов в целом. Афазия, дизартрия, дисфагия, запущенность, боль, когнитивные дефициты, сенсорная дезориентировка и депрессия могут приводить к существенным ограничениям жизни пациентов. Исследователи отмечают необходимость взаимодействия пациента не только с медицинским персоналом, но и психологом [165].

Среди современных зарубежных исследований можно выделить наиболее значимые работы по актуализации проблем здоровья в их взаимосвязи с психологическими составляющими.

К примеру, Kagawa M., Singer W., Dressler S. обращают внимание на недостаточный уровень исследования вопросов, связанных с учетом различий в понимании того, что такое здоровье, и как такие различия отражаются в моделях здорового поведения [154]. Napier D. и соавторы доказывают, что ценностные аспекты благополучия человека тесно связаны с ресурсной составляющей здоровья, в то время как традиционные исследовательские подходы обращены порой только к биологическим и медицинским факторам обеспечения здоровья населения [162]. Эти исследователи считают, что существенное влияние на адаптацию к болезни может оказывать система ценностей и представлений. Группа исследователей в составе Maercker A. И соавторов приводят результаты кросс-культурного исследования, в котором показано, что ценностные ориентации являются детерминирующим фактором в прогнозировании проблем, связанных с психическим здоровьем [158].

Prag P., Mills C., Wittek R. акцентировали внимание на субъективной оценке здоровья и психологическом благополучии для реабилитационного процесса [169]. Gillham S., Clark L.предлагают начинать процесс восстановления именно с психологической коррекции эмоциональных состояний (тревоги, депрессии) и когнитивных нарушений, так как именно они влияют на положительный прогноз реабилитации [142]. Silver F. L. и соавторы, развивая идею холистического подхода в реабилитации, приводят результаты повышения

осведомленности пациентов о заболевании и их когнитивном функционировании [174].

Вслед за зарубежными коллегами, в русле реабилитационного процесса отечественные специалисты рассматривают здоровье как системное понятие на трех уровнях – биологическом, психологическом и социальном [92]. Выявлены базисные понятия психологии здоровья [47]; определены факторы здорового образа жизни и выделены факторы психического, психологического и социального здоровья, определены психологические механизмы стрессоустойчивости; рассмотрены гендерные аспекты психического и социального здоровья [121]; заложены концептуальные основания психологии долголетия с определением признаков психического старения и возможностью его профилактики [62]. В большей степени в процессе реабилитации используются аппаратные методы [70].

Несмотря на всесторонний теоретический анализ и высокую степень проработанности проблемы восстановления пациентов с неврологической патологией, создаваемые модели реабилитации лишь отчасти учитывают обширный медико-психологический контекст, базируются в основном на отдельных психологических детерминантах – таких как ресурсы духовного здоровья [40], ценностно-смысловая регуляция [26], информационно-психологическая безопасность [22] и пр.

По мнению Гольдблат Ю., реабилитация должна включать в себя (наряду с социальными факторами) учет личностных характеристик: восприятие нарушений, ограничений жизнедеятельности и социально-ролевых изменений [31]. Пархоменко А. Н., Умбеткалиева А. Х. считают, что эффективным является процесс реабилитации, который включает реабилитацию на индивидуальном уровне: работа с неадекватными установками пациента, его отношением к заболеванию, учет комплаенса [87], что невозможно без оценки ВКБ пациента.

В исследовании Бойко Е. А., Кулишовой Т. В., Шумахер Г. И., Сидоровой Т. И., Юсупходжаева Р. В. предлагается включить в комплекс

реабилитации когнитивную гимнастику с целью улучшения качества жизни пациентов и позитивного действия на когнитивные функции [15].

Деревнина Е. С., Персашвили Д. Г., Шварц Ю. Г., исследуя когнитивные расстройства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сопровождающимися неврологической патологией, приходят к выводу, что признаками когнитивного здоровья человека являются такие показатели, как реалистичность восприятия жизни, здравомыслие, способность к проблемной концентрации, адекватность самооценки, прогностическая компетентность [34].

Лазарева О. А., Белопасов В. В. показали возможность применения набора нейропсихологических тестов и опросников качества жизни SF-36 для объективизации оценки эффективности лечения пациентов [63]. Кошелева М. А. отмечает, что при различной локализации и степени тяжести инсульта комплексная терапия приводит к более быстрому регрессу неврологических симптомов и когнитивных нарушений, а также к улучшению показателей качества жизни [61]. На основании исследования больных в восстановительном периоде Ермакова Н. Г. выявила такие нерациональные установки, препятствующие лечению, как переоценка тяжести состояния, недооценка собственных возможностей, негативизм [42].

В лечении пациентов с БП, сопровождающейся выраженными неврологическими симптомами, отмечается роль социально-психологической реабилитации, в основном направленной на восстановление когнитивной сферы пациентов [64].

Важную роль в реабилитационных мероприятиях пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой занимает психотерапевтическая помощь, которая повышает адаптационный потенциал, социальное функционирование и в целом адекватное личное осмысление опыта болезни [19]. Для данной группы пациентов с неврологической патологией существует многообразие психологических подходов к психологическим интервенциям (рациональная, когнитивная, личностно-ориентированная, позитивная и гештальт-психотерапия, логотерапия),

направленных на информирование, изменение негативных установок и отношения, осмысление случившегося и т. д. [9, 101].

На основании обзора отечественной и зарубежной литературы для пациентов с рассеянным склерозом, Николаев Е. Л. и соавторы определяют включение в комплексные программы реабилитации методы, относящиеся к поведенческому, когнитивному, гуманистическому, комбинированному или альтернативному подходам. Основными мишенями для психологических вмешательств они видят проявления тревоги и депрессии, астенические явления, двигательные нарушения, когнитивный дефицит, нарушения сна [80].

Реабилитация пациентов с рассеянным склерозом, как правило, ориентирована на оказание медицинской помощи в виде фармакотерапии, направленной на предотвращение рецидивов [127]. Николаев Е. Л. и Васильева Н. В. отмечают, что необходимо сочетание медицинских и психологических интервенций, направленных на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы пациента. Целью мероприятий должно быть оказание психологической поддержки, а также стимулирование адаптивных возможностей личности в ситуации болезни с учетом клинической специфики и динамики патологического процесса [79].

В ходе проведенного Вакуленко О. Ю. и соавторами исследования было доказано, что сочетанное применение медицинских процедур и психологических мероприятий, ориентированных на индивидуальные потребности пациента, является более эффективным как в отношении болевого синдрома, так и в отношении функции качества жизни [21].

Таким образом, существуют множество исследований, посвященных концепции психологической безопасности, однако данная проблема является недостаточно разработанной в сфере клинической психологии, зачастую ограничиваясь рамками биологической (медицинской) безопасности. На данный момент в зарубежной и отечественной науке существуют различные варианты трактовки термина: формирующийся в условиях психологических интервенций динамический процесс; состояние, которое определяется базовыми

потребностями человека; свойство и ресурс личности пациента, обеспечивающий защищенность от деструктивного воздействия заболевания. В исследованиях отмечается, что психологическую безопасность необходимо рассматривать как важный фактор здоровья пациента, а характеристики психологической безопасности могут быть использованы специалистами в процессе реабилитации и лечения как фактор развития ресурсов личности и поддержания здоровья пациента, что непосредственно связано с ВКБ. Имеющаяся в науке теоретико-методологическая база позволяет осуществить разработку теоретической модели психологической безопасности в условиях наличия неврологической патологии, исходя из уровневого строения данного конструкта. В качестве системно-динамических характеристик выступают качество жизни, когнитивные убеждения, психологическое благополучие и жизнестойкость, учет которых необходим при построении интервенционных мероприятий, поскольку они являются одним из факторов развития в условиях болезни. Существует множество исследований, посвященных реабилитационному процессу, однако наблюдается фрагментарность и отсутствие единых представлений о содержании психологических интервенций. Большинство опубликованных работ выполнено на небольших выборках, используется ограниченный состав характеристик ВКБ и психологической безопасности, что не позволяет считать их универсальными, комплексными и интегративными.

На основании анализа теоретических представлений о ВКБ и психологической безопасности с точки зрения реабилитационного процесса при построении психологических интервенций необходимо учитывать следующие системно-динамические характеристики: тип отношения к болезни; базовые стратегии когнитивной регуляции болезни; особенности когнитивной сферы, а именно когнитивный дефицит, лежащий в основе дементивного состояния; симптомы депрессии и тревоги; качество жизни; базовые представления; психологическое благополучие и жизнестойкость, как основные ресурсные и дефицитарные характеристики, отражающие субъективный смысл болезни для каждой группы пациентов.

2 МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рассматривается концептуальная модель изучения особенностей ВКБ пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности, дается обоснование модели. В исследовании предпринята попытка интегрировать подходы к пониманию конструктов ВКБ и психологической безопасности, их системно-динамических характеристик. Дано описание выборки исследования, методов и методик исследования.

2.1 Концептуальная и организационная модель исследования внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности

Исходя из теоретической модели исследования, для постнеклассической методологии характерен выбор в качестве объекта эмпирического исследования сложных саморазвивающихся систем. Этот факт определяет в качестве рассмотрения системно-динамических характеристик ВКБ отношения к болезни, что с точки зрения теоретической основы в рамках задач исследования наиболее полно отражено в концепции Мясищева В. Н. Данная концепция рассматривает личность пациента не только как систему отношений, но и позволяет обобщенно отразить психологические основы ВКБ и реакции личности на болезненное состояние [24, 78]. Выявление типов отношения к болезни пациентов с неврологической патологией позволяет рассматривать различные аспекты субъективного переживания собственного состояния и заболевания.

Поскольку феномен ВКБ рассматривается как сложная саморазвивающаяся система, важно более детально изучить когнитивную и эмоциональную сферы ВКБ, поскольку при неврологической патологии наибольший «урон» приходится именно на них [71, 96, 109, 129]. С точки зрения эмоционального компонента ВКБ и высокой коморбидности неврологической патологии и расстройств эмоциональной сферы и с точки зрения принятия лечебно-профилактических и организационно-управленческих решений [134, 138, 143, 159], важным представляется включение в концептуальную модель исследования изучения

проявлений тревоги и депрессии, что особенно важно для своевременного и оперативного решения задач диагностики и последующей работы с пациентом. В соответствии с биопсихосоальном моделью тревоги и депрессии Zigmond A.C., Snaith R.P., основу определения изменений психоэмоционального состояния пациентов составляет определение ангедонических проявлений, страха, паники и симптомов генерализированной тревоги [183]. Данные проявления отражают психологическую боль пациентов по поводу заболевания и изменения жизни, что находит выражение в ангедоническом компоненте симптомов депрессии и психологических проявлениях тревоги [60, 82, 98, 181, 183].

Тревога представляет собой расплывчатый, длительный и неопределенный страх по поводу будущих событий. Она возникает в ситуациях, когда еще нет (и может не быть) реальной опасности для человека, но он находится в ее ожидании. На уровне субклинической выраженности тревога еще не проявляется определенными или значительными симптомами психического расстройства, однако они в некоторой части случаев могут быть выявлены специальными исследованиями. Клиническая выраженность тревоги свидетельствует о наличии у больного симптомов психического недуга − фобических тревожных расстройств, панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства, смешанного тревожного и депрессивного расстройства и пр. При этом у больного наблюдается общая устойчивая тревога, которая часто сопровождается жалобами на повышенную нервозность, на физические неприятные ощущения: дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в районе солнечного сплетения. Нередко у больных развивается страх перед своей болезнью, страхи по поводу себя и/или своих близких, разнообразные объективно необусловленные волнения и дурные предчувствия.

Депрессия является нарушением аффекта. При ее развитии у человека снижается настроение, утрачивается способность получать удовольствия от жизни и переживать радость (ангедония). На субклиническом уровне депрессии ее отдельные симптомы могут быть выявлены специальными исследованиями,

однако не проявляются ярко и осознанно для пациента. Клиническая выраженность депрессии, помимо сниженного настроения, приводит к нарушениям мышления в форме негативных суждений, пессимистического взгляда на происходящие события и пр., двигательной заторможенности, сниженной самооценки, потери интереса к жизни и привычной деятельности. Клинически выраженная депрессия при соматических заболеваниях свидетельствует о том, что у больных появляется не только тоска и постоянная сниженность настроения, но и тенденция к непрекращающемуся анализу своих ощущений и всевозможных причин их возникновения, выискиванию у себя новых симптомов болезни. По мнению многих исследователей, в клинической картине неврологических заболеваний и заболеваний, сопровождающихся неврологической патологией, именно аффективные расстройства, такие как тревога и депрессия, являются наиболее распространенными [71, 96, 109, 129, 134, 138]. Следует отметить, что выраженная тревога и депрессия могут и не являться следствием основного заболевания, а быть отдельными синдромами, не связанными с имеющимся у пациента соматическим заболеванием.

Нарушения когнитивных функций является одним из наиболее частых неврологических симптомов. Поскольку когнитивные функции связаны с интегрированной деятельностью головного мозга в целом, когнитивная недостаточность закономерно развивается при самых разнообразных очаговых и диффузных поражениях головного мозга. Особенно часто когнитивные расстройства возникают в пожилом возрасте, к которому относятся наши испытуемые. Нарушения у пациентов проявляются в виде снижения продуктивности мнестических процессов (запоминания, припоминания, сохранения, воспроизведения и пр.), нарушения свойств внимания (устойчивости, концентрации, переключаемости и др.), ригидности мышления, снижения умственной работоспособности и пр. Тем не менее, данные нарушения являются эпизодическими, возникают периодически и в основном обусловлены текущим психоэмоциональным состоянием больного.

Проявлениями деменции легкой степени у больных выступают незначительное снижение способности к запоминанию, а также повышение ошибочности в социальных ситуациях, заметное для окружающих. Нарушения памяти, внимания, интеллекта в данном случае могут обнаруживаться лишь при прицельном дополнительном обследовании психиатром или психологом. Эмоциональная сфера пациентов с легкой степенью деменции часто изменяется, обычно окружающие говорят − «портится характер»: больные становятся недовольными, ворчливыми, у них может снижаться настроение, появиться плаксивость, чувство тоски. У таких больных сохранна функция ориентации в пространстве (ориентация во времени может быть приблизительной), собственной личности, способность к самообслуживанию и к самостоятельному проживанию.

С точки зрения когнитивного компонента ВКБ и в рамках модели репрезентации болезни [156], оценочные процессы позволяют отразить оценку успешности процесса приспособления к последствиям заболевания и неврологической патологии [111, 173]. В рамках концептуальной модели необходимым представляется использование базовых стратегий когнитивной регуляции, описывающих процесс приспособления к длительному стрессу болезни: когниции, подчеркивающие негативное значение стрессора; когниции, снижающие негативный смысл стрессового события; когниции, отражающие позитивное восприятие события [139]. Нарушения речи, мыслительных процессов, памяти и внимания, ограничения в движениях, паралич мышц лица, приводящий к искажению его черт и другие последствия − всё это является мощным фактором для возникновения ощущения беспомощности перед болезнью. Поскольку последствия неврологической патологии носят длительный характер, во многих случаях достигнуть полного восстановления нарушенных в результате болезни функций не удается. Базовые стратегии когнитивной регуляции о болезни позволяют наиболее полно отразить когнитивный компонент ВКБ с позиции интерпретационных стилей в ситуации наличия заболевания, сопровождающегося неврологической патологией [145]. Важность изучения

данных конструктов объясняется в отечественных и зарубежных исследованиях широтой их влияния на психологическое благополучие больных [108].

При рассмотрении особенностей ВКБ пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности важно исключить такие особенности классического способа мышления, как изоляционизм, предметоцентризм, противопоставление субъекта объекту, расчленение предмета исследования на элементарные составляющие [52]. Так, с учетом этих принципов психологическая безопасность рассматривалась как явление объективное или субъективное [135, 132, 37, 3]. Поскольку существуют различные трактовки термина, в рамках концептуальной модели исследования психологическая безопасность рассматривается как сложный динамический конструкт, который является свойством и ресурсом личности пациента, обеспечивающим защищенность от деструктивного воздействия заболевания, сопровождающегося неврологической патологией, что отражается в определенном отношении, переживании человека по поводу болезненной ситуации [103, 107, 123]. Для построения психологических интервенций рассматриваются системно-динамические характеристики психологической безопасности с учетом уровневого строения данного конструкта [58, 119] как определяющего фактора развития ресурсов личности и поддержания здоровья пациента, непосредственно связанного с ВКБ.

Психологическая безопасность личности проявляется в способности сохранять устойчивость в среде с психотравмирующими воздействиями, коими выступают наличие неврологической патологии и заболевания в целом, поэтому системно-динамической характеристикой психологической безопасности является качество жизни [113, 167]. Качество жизни отражает оценку пациентом своего физического и психологического здоровья, их компоненты (физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психологическое здоровье). Рассмотрение данных

компонентов особенно важно, поскольку всё, что снижает качество жизни, является угрозой психологической безопасности, а всё, что может повысить это качество, увеличивает ее [57, 135, 175].

В рамках используемой концептуальной модели необходимо применение концепта базисных убеждений [148–151], применяемого в психологии, поскольку травматические события, такие как заболевание и связанные с ним психологические, социальные и экономические последствия, оказывают влияние на функционирование человека на физическом, поведенческом, когнитивном, эмоциональном и социальном уровнях. Возможность применения данной теории в настоящей работе объясняется тем фактом, что людям свойственно истолковывать происходящие с ними события так, чтобы поддерживать стабильность субъективной картины мира, обеспечивающей необходимую устойчивость в постоянно меняющейся реальности [84, 29], особенно в ситуации болезненного состояния. Так, пациент конструирует свой индивидуальный опыт, пытаясь достичь чувства безопасности, основываясь на имплицитной внутренней структуре, которая включает в себя убеждения о доброжелательности или враждебности окружающего мира, его справедливости, а также представления о собственном «Я».

Важным видится рассмотрение «психологического благополучия» в рамках системно-динамических характеристик психологической безопасности пациентов с неврологической патологией [25, 48, 51]. В отличие от психического здоровья данный термин подразумевает субъективное самоощущение целостности и осмысленности индивидом своего бытия. Анализируя существующие подходы к определению психологического благополучия в рамках применения данного конструкта для достижения целей исследования, мы пришли к выводу, что данное понятие отражает область состояний и переживаний, которые свойственны здоровой личности, что особенно важно для рассмотрения психологической безопасности пациентов с неврологической патологией [5, 146]. Исходя из подходов к рассмотрению психологического благополучия зарубежными и отечественными психологами (гедонистический и эвдемонистический) в рамках

настоящего исследования обусловлено применение эвдемонистического подхода, выделяющего в качестве основных составляющих психологического благополучия наличие цели в жизни, положительные отношения с другими, личностный рост, управление окружением, самопринятие и автономия.

На основании теоретической модели отмечается необходимость рассмотрения психологической безопасности через призму особенностей жизнестойкости личности [3, 37, 132], поскольку именно жизнестойкость является основной базовой характеристикой человека, которая опосредует негативные факторы соматического заболевания. Человек, находящийся в ситуации болезни, сопровождающейся неврологической патологией, вынужден пересматривать собственные убеждения о возможности преодоления новых жизненных обстоятельств. Вовлеченность в процесс не только лечения, но и всей жизни в целом, контроль изменившихся условий и собственного поведения и эмоций, принятие риска, связанного с изменением жизненных приоритетов является условием развития личностного потенциала и благоприятного прогноза заболевания [2, 18, 84, 155].

Таким образом, объектом изучения является ВКБ пациентов с неврологической патологией и внутренняя картина болезни, а предметом – взаимосвязь ВКБ и психологической безопасности. На основании уровневого строения ВКБ и психологической безопасности рассматриваются следующие системно-динамические характеристики данных конструктов: отношение к болезни, базовые стратегии когнитивной регуляции и когнитивный дефицит, симптомы тревоги и депрессии, качество жизни, базовые убеждения, психологическое благополучие и жизнестойкость. Данные характеристики оказывают существенное влияние на психику, сознание, личность и поведение пациента, его ВКБ, нарушая или поддерживая тем самым его психологическую безопасность. Учет этих характеристик необходим при построении интервенционных мероприятий, поскольку они являются одним из факторов адаптации индивидов к заболеванию с точки зрения ресурсов и дефицитов личности.

Целью исследования являлось определение особенностей ВКБ пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности.

Для достижения поставленной цели исследования была применена следующая организационная модель:

1-й этап – постановка научной проблемы, выбор методологического подхода к ее решению;

2-й этап – подбор диагностического инструментария, соответствующего цели и задачам исследования, формирование выборки исследования;

3-й этап – проведение эмпирического исследования ВКБ пациентов с неврологической патологией как отражения отношения к заболеванию и психологической безопасности: базовых стратегий когнитивной регуляции, когнитивного дефицита, уровня тревоги и депрессии, качества жизни, базовых убеждений, психологического благополучия и жизнестойкости; также математическая обработка и интерпретация полученных данных;

4-й этап – определение общих особенностей ВКБ и психологической безопасности пациентов с неврологической патологией и специфических особенностей ВКБ и психологической безопасности пациентов различных клинических групп; определение взаимосвязи их системно-динамических характеристик; математическая обработка;

5-ый этап – разработка и апробация модели комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с неврологической патологией, интерпретация полученных данных;

6-й этап – формулирование выводов исследования и оформление квалификационной работы в соответствии с требованиями.

При выборе психологических интервенций специалист основывается на исходных данных и зачастую интуитивно учитывает прогноз состояния здоровья (физического, психического и психологического), фактически оценивая риск благоприятного и неблагоприятного исхода. Применение модели комплекса мишеней психологических интервенций позволило с большей степенью вероятности подобрать необходимый спектр психологических мероприятий для

улучшения адаптивной стороны внутренней картины болезни и повышения психологической безопасности пациентов с неврологической патологией.

На основе учета взаимосвязи системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности и данных логистической регрессии, лежащей в основе нейронной сети, сконструирована модель психологических интервенций, которая использовалась для всех пациентов с неврологической патологией и для конкретных нозологических групп.

Выявленные системно-динамические характеристики внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности позволят определить основные мишени и методы психологических интервенций по корректировке внутренней картины болезни и повышению психологической безопасности пациентов с неврологической патологией. Данная модель предполагает взаимодействие работы медицинского персонала и психологических служб.

Реализация модели психологических интервенций для пациентов с неврологической патологией предполагает осуществление периодических медицинских осмотров, обследований, предоставление санаторно-курортного отдыха и лечения, проведение скрининг-обследования состояния системно-динамических характеристик внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности, позволяющие выделить группы риска.

Для облегчения процедуры диагностики могут быть использованы методики, направленные на диагностику конкретных характеристик ВКБ и психологической безопасности для всех пациентов: значения физического функционирования качества жизни и анозогнозического типа отношения к болезни, автономии и апатического тип отношения к болезни. Для пациентов с болезнью Паркинсона – значения эргопатического, анозогнозического и меланхолического типов, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и физический компонент здоровья и качества жизни; тревожный, апатический и сенситивный типы, интенсивности боли и восприятие

психического здоровья; для пациентов с рассеянным склерозом наибольший вес для принятия дальнейших решений показали следующие системно-динамические характеристики: физическое функционирование, интенсивность боли, жизнестойкость, управление окружением; для пациентов с остеохондрозом позвоночника – интенсивность боли, социальное функционирование, принятие риска; для пациентов с последствиями инсульта – физическое функционирование и симптомы депрессии; для пациентов с головокружением – анозогнозический, эргопатический типы отношения к болезни, восприятие преимуществ, симптомы депрессии, особенности когнитивной сферы.

При построении психологических интервенций в русле саноцентрической парадигмы здоровья предлагается использование интегративного психотерапевтического подхода, совмещающего в себе когнитивно-поведенческие, гештальт-терапевтические и гуманистические методы и техники, и при определении конкретных мишеней работы учитывать специфические характеристики ВКБ и психологической безопасности для каждой группы. Для выбора мишеней психологических интервенций использовались данные структурной схемы принятия решений по выбору мишеней психологических интервенций.

С точки зрения адаптивной ВКБ применимы: психотерапевтическая беседа, направленная на отреагирование негативных эмоций (раздражение, агрессия, тоска), на устранение неясностей относительно заболевания, что провоцирует тревогу у пациента; техники саморегуляции и релаксации («прогрессивная мышечная релаксация», «аутогенная тренировка»), снижающие интенсивности боли. Выявление и корректировка автоматических мыслей позволяет снизить дефицит в виде ангедонических тенденций пациентов («дневник мыслей», «отдаление»).

Для поддержания ресурсных характеристик (автономии и анозогнозии в её адаптационном ключе) эффективными являются методы гештальт-терапии (техники «здесь и сейчас», «работа с конфлюэнцией», «работа с ретрофлексией» и пр.), направленные на расширение осознания себя и своих границ, что позволяет

увеличить способность пациентов противостоять негативному влиянию окружения в принятии самостоятельных решений, а также получать удовольствие от жизни, не отказываясь от лечебных предписаний. Для поддержания ресурсных характеристик когнитивной и эмоциональной сферы применимы групповые формы работы, направленные на когнитивную модификацию поведения и научение способам совладания (тренинг «Прививка стресса», «десензитизация», «переоценка ценностей»), методы гуманистического подхода концентрации внимания пациентов на сознательно-волевых реакциях на заболевание («техника реверсии», «проективные игры»). Для работы с апатией применимы групповые методы в русле экзистенциального направления и логотерапии («логоанализ», «дерефлексия», «парадоксальная интенция»).

Для поддержания ресурсной характеристики физического и психологического компонента качества жизни, жизнестойкости и психологического благополучия применимы методы ауторелаксации, саморегуляции, когнитивные методы с техниками децентрализации и декатастрофизации, коррекция автоматических мыслей, направленные на адекватное восприятие ограничений в сфере выполнения физических нагрузок, дискомфортных и болевых ощущений; групповые тренинги в рамках арт-терапии, улучшающие качество жизни пациентов в области межличностных отношений и ограничений, накладываемых болезненным процессом на социальные контакты, а также техники гуманистического подхода, направленные на осознание ответственности за своё поведения и принятие рисков («челночное движение», «дерефлексия»).

Выделение ресурсных и дефицитарных характеристик позволяет закрепить оптимизирующую роль ВКБ в контексте психологической безопасности, что определяет поведение, направленное на преодоление болезни и поддержание ресурсов личности. На основании наиболее значимых характеристик, отражающих изменение всей системы ВКБ и лежащих в основе модели комплекса мишеней психологических интервенций, определяются специфические для каждой группы пациентов мишени и весь спектр реабилитационных мероприятий.

2.2 Выборка исследования

Выборка исследования составила 200 человек, находящихся на лечении в неврологических отделениях г. Томска на этапе реадаптации. Возраст респондентов – от 60 до 75 лет (средний возраст – 67±2 года, что соответствует пожилому возрасту в соответствии с периодизацией ВОЗ). В исследовании приняло участие 100 женщин и 100 мужчин, равно распределенных во всех группах, по 20 человек в каждой.

Выборку составили группа респондентов с неврологической симптоматикой различного генеза: 1) болезнь Паркинсона (G20) (40 пациентов); 2) рассеянный склероз (G35) (40 пациентов); 3) остеохондроз позвоночника (M42) (40 пациентов), 4) последствия инсульта (I69) (40 пациентов), 5) головокружение и нарушение устойчивости (R42) (40 пациентов). Поскольку с медицинской точки зрения специалисты-неврологи обычно лечат отдельных пациентов, исходя из специфики неврологического расстройства или состояния, подобное рассмотрение неврологической патологии в рамках разных нозологических групп позволяет осуществлять мониторинг неврологической патологии и связанных со здоровьем проблем во всех отраслях с целью сохранения здоровья населения. Данное обстоятельство соответствует эпидемиологическим исследованиям глобального бремени болезней, осуществляемым в последние два десятилетия, которые позволяют включать неврологическую патологию в две категории: неврологическая патология в пределах психоневрологических категорий и неврологическая патология из других категорий – заболевания, имеющие неврологические осложнения.

У пациентов с Болезнью Паркинсона (G20) нейродегенеративный процесс отличается медленно прогрессирующим течением, относящийся к классу G «Болезни нервной системы», в который входит группа заболеваний, поражающих различные отделы нервной системы (головной мозг, спинной мозг, периферическая нервная система). Исходя их типа поражения нервной системы (гибель клеток головного мозга в результате поражения базальных ганглиев и подкорково-таламических связей) болезнь Паркинсона включена в блок G 20-26

«Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения». Для пациентов с БП характерно наличие следующей неврологической патологии: четверка двигательных симптомов (гипокинезия, ригидность мышц и постуральная неустойчивость, тремор покоя). Гипокинезия проявляется в замедленности двигательных актов, нарушении разнообразия и качества движений, незначительной асимметрии. Мышечная ригидность характерна для пациентов как с повышенным мышечным тонусом, так и с нормальным. Постуральная неустойчивость как нарушение равновесия при изменении положения тела вносит основной вклад в дезадаптацию пациентов и связана с изменением тонуса сгибательной (проградитационной) мускулатуры, что приводит к нарушению ходьбы (микробразия, ахейрокинез, шарканье). Тремор покоя определяется дрожанием в конечностях, которое ослабляется или прекращается с началом движения. В исследовании участвовали пациенты со смешанной формой моторного симптома (акинетико-ригидно-дрожательная), которая является наиболее распространенным вариантом неврологической патологии (60–70 % случаев).

Пациенты с рассеянным склерозом (G35) представляют собой группу больных, страдающих одним из самых распространенных аутоиммунных заболеваний, характеризующимся изменениями со стороны иннервации черепных нервов. Относится к классу G «Болезни нервной системы», блок G35-G37 «Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы», основным патогенезом которых выступает разрушение миелиновой оболочки нейронов центральной и периферической нервной системы, в случае рассеянного склероза – центральной. У пациентов с рассеянным склерозом к наиболее распространенным неврологическим симптомам относятся: повышенная слабость и утомляемость, нарушение координации, головокружение и онемение конечностей. Нарушение координации проявляется в виде стереотипий, шаткости и неустойчивости при ходьбе («семенящая» походка), что является следствием повышения мышечного тонуса. Онемение в конечностях может сопровождаться небольшой дрожью и снижением тактильной чувствительности. Именно усиление

неврологической симптоматики является предвестником психиатрических симптомов. В исследовании участвовали пациенты с ремитирующим типом РС, который характеризуется чередованием ремиссий и обострений неврологических нарушений.

У пациентов с остеохондрозом позвоночника (M42) проявляется дегенеративный процесс поражения костных и хрящевых структур позвоночника, который является одной из самых распространенных причин обращения к специалистам медицинского профиля, неврологам. Заболевание относится к классу M «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», блок M40-M43 «Деформирующие дорсопатии», в который входят заболевания позвоночника и околопозвоночных тканей дегенеративно-дистрофического характера. При остеохондрозе позвоночника наиболее распространенным и наиболее негативным в плане восприятия пациента неврологическим симптомом дорсопатии является боль «стреляющего» характера, которая проявляется в туловище, а также может иррадиировать в конечности. Нарушение нервной иннервации провоцирует головные боли у пациентов, а также снижение мышечной пластичности и гибкости. При движении пациенты ощущают скованность и дискомфорт вплоть до онемения. В исследовании принимали участие пациенты с третьей стадией заболевания, которая характеризуется пролапсами и протрузией.

Для пациентов с последствиями инсульта или последствиями цереброваскулярных болезней (I69) характерны остаточные явления острого нарушения мозгового кровообращения – класс I «Болезни системы кровообращения», в котором представлены заболевания являющиеся основной причиной инвалидности и смертности среди населения. Последствия инсульта относятся к блоку I «Цереброваскулярные болезни», в который включены заболевания головного мозга, а также хронические заболевания цереброваскулярной системы, где основным патогенетическим механизмом является изменения сосудов и кровообращения головного мозга. У пациентов с последствями инсульта проявляются следующие неврологические симптомы:

двигательные дисфункции, парезы, небольшая асимметрия мимических мышц, речевые нарушения. Двигательные дисфункции, являющиеся следствием гипотонии, проявляются в нарушении равновесия и координации, мелкой моторики рук, а также шаткости походки; речевые нарушения – в изменении четкости речи и общей артикуляции вследствие нарушения кровообращения подъязычного нерва, что сопровождается повышенным слюноотделением. Парез (неполный паралич) связан с ослаблением силы, обусловленной нарушением двигательного пути нервной системы. Нарушения речи, мыслительных процессов, памяти и внимания, ограничения в движениях, паралич мышц лица, приводящий к искажению его черт − все это является мощным фактором для возникновения ощущения беспомощности перед болезнью. Поскольку последствия инсульта носят длительный характер, во многих случаях достигнуть полного восстановления нарушенных в результате инсульта функций не удается. В исследовании участвовали пациенты с последствиями инсульта по ишемическому типу.

Пациенты с головокружением и нарушением устойчивости (R42) испытывают ложные ощущения движения или вращения, в основе которых лежит нарушение работы нерва, связывающего внутреннее ухо с головным мозгом. Относится к классу R «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках», блок R40-R46 «Симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности, восприятию, эмоциональному состоянию и поведению», в который включены состояния и симптомы, которые относятся к двум и более системам организма. Неврологическими симптомами выступают приступообразное нарушение равновесия при ходьбе, стоя, при поездках на транспорте, а также головокружения, которые переносятся пациентами весьма болезненно. При частых головокружениях человек постоянно находится в ситуации напряжения, так как это состояние вызывает страх перед возможным падением. С другой стороны, многими исследователями отмечается связь частых головокружений с истероидными чертами личности, эгоцентричностью таких

пациентов. В связи с этим больные могут осознанно формулировать преимущества, получаемые ими от своей болезни, или же на неосознаваемом уровне извлекать определенную выгоду при демонстрации своей беспомощности перед заболеванием.

Критериями включения в исследование являлись: достоверный клинический диагноз, выраженная неврологическая патология, информированное добровольное согласие больного на участие в исследованиях.

Ограничением включения респондентов клинических групп в исследование, исходя из поставленных задач, являлись: декомпенсация заболевания, состояния после оперативных вмешательств, терминальная стадия любого заболевания, наличие выраженного когнитивного дефицита, что соответствует умеренной и тяжелой степени деменции, поэтому опрашивались пациенты с отсутствием нарушений когнитивных функций, преддементными когнитивными нарушениями и когнитивными нарушениями, соответствующими деменции легкой степени выраженности без тяжелых нарушений речи, понимания устной и письменной речи. Критерием ограничения также выступало наличие выраженного болевого синдрома и отказ от добровольного информированного согласия на исследования.

2.3 Методы и методики исследования

Для достижения цели исследования применяли метод беседы, метод анализа документов, метод тестирования, метод нейропсихологического обследования, статистические методы обработки данных.

Метод беседы применялся в процессе консультаций с врачами-неврологами на этапе формирования выборки исследования. Здесь же использовали метод анализа документов, который в данном случае состоял в анализе историй болезней пациентов и выборе подходящих кандидатур для включения в исследование.

Формой сбора экспериментальных данных было психодиагностическое обследование больных с помощью метода тестирования, а также метода нейропсихологического исследования.

Тестирование и нейропсихологическое обследование испытуемых проводилось в индивидуальной форме в утреннее время суток в отдельном, светлом, изолированном от шума помещении. Пациенту предлагалось ответить на вопросы всех тестовых методик. Для этого в качестве инструментария использовались опросные листы методик, специально подготовленные под них бланки, ручка.

Для выявления особенностей ВКБ пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности использовались нижеперечисленные методики (таблица 1).

1. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ; Л. И. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, 1987) предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни на основании информации о ряде жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее значимых для пациента и связанных с его заболеванием: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита. Методика включает в себя 12 шкал, отражающих тип отношения к болезни (таблица 1). Типы отношения к болезни объединены по трем блока: 1-й блок – условно адаптивный блок (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы), 2-й – интрапсихическая направленность дезадаптации (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы); 3-й – интерпсихическая направленность дезадаптации (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы).

2. Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» Зигмонда А. С. и Снэйта Р. П. («Hospital Anxiety & Depression Scale», HADS, Zigmond A. S. , Snaith R. P. (1983) в адаптации М. Ю. Дробижева) предназначен для скринингового выявления и оценки тяжести тревоги и депрессии у пациентов в условиях общемедицинской практики. Опросник включает 2 шкалы (таблица 1), каждая из которых имеет 3 степени нарастания симптоматики: 1) норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов); 2) субклинически выраженные симптомы

тревоги или депрессии; 3) клинически выраженные симптомы тревоги или депрессии.

3. «Опросник когнитивных представлений о болезни» (Evers A., Kraaimaat F. (1998) в адаптации Сирота Н. А., Московченко Д. В., 2014) предназначен для диагностики базовых конструктов, отражающих процесс когнитивной переоценки последствий болезни. Методика включает в себя 3 шкалы (таблица 1). Способность пациента адаптироваться к заболеванию определяет выбор пациента утверждений из шкал «Принятие» и «Воспринимаемые преимущества», снижение психосоциальной адаптации – утверждений из шкалы «Беспомощность».

4. Краткая шкала оценки психического статуса MMSE (Mini-Mental State Examination; Folstein M. F., 1975) представляет собой специализированный опросник для оценки общего состояния когнитивной сферы. Включает вопросы для оценки ориентировки в окружающем, речи, памяти, понимания устной и письменной речи, внимания, счета, чтения, а также пространственно-зрительной ориентировки. В данной методике путем суммации результатов выделяется 1 шкала (таблица 1) с пятью степенями выраженности когнитивного дефицита: «Отсутствие нарушений когнитивных функций», «Преддементные когнитивные нарушения», «Когнитивные нарушения, соответствующие деменции легкой степени выраженности», «Когнитивные нарушения, соответствующие деменции умеренной степени выраженности», «Когнитивные нарушения, соответствующие тяжелой деменции». В нашем исследовании, исходя из поставленных задач, данная методика являлась критерием включения и исключения выборки, поэтому опрашивались пациенты с отсутствием нарушений когнитивных функций, преддементными когнитивными нарушениями и когнитивными нарушениями, соответствующими деменции легкой степени выраженности.

5. Краткая форма оценки здоровья SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form; Ware J. E., 1992) предназначена для оценки качества жизни, связанного со здоровьем. Опросник включает в себя 6 шкал (таблица 1). Все шкалы опросника

объединены в два суммарных показателя: физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья.

6. Шкала базисных убеждений WAS (World Assumptions Scale, Janoff-Bulman R. (1996) в адаптации Кравцовой О., 2007) основана на когнитивной концепции базовых убеждений личности и позволяет выделить наиболее проблемные области когнитивной сферы. Нами использованы 3 направления отношений, оценивающие первичные категории убеждений, то есть 3 итоговые шкалы (таблица 1).

7. Шкала психологического благополучия К. Рифф (Ryff's Scales of Psychological Wellbeing (1995) в адаптации Лепешинского Н. Н., 2007) предназначена для субъективной и объективной оценки психологического благополучия человека. Методика включает 6 шкал (таблица 1).

8. Тест жизнестойкости (Hardiness Survey, Maddi S. (1984) в адаптации Осина Е. Н. и Рассказовой Е. И., 2013) предназначен для выявления убеждений о мире, отношениях с миром и о себе, определяющих зависимость и способность преодоления человеком стрессовых обстоятельств, что представляет собой жизнестойкость как систему подобных убеждений. Методика включает 3 шкалы (таблица 1).

Таблица 1 – Методики исследования

Методики	Шкалы
1. «Тип отношения к болезни»	1. Гармоничный 2. Эргопатический 3. Анозогнозический 4. Тревожный 5. Ипохондрический 6. Неврастенический 7. Меланхолический 8. Апатический 9. Сенситивный 10. Эгоцентрический 11. Паранойяльный 12. Дисфорический
2. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»	13. Субшкала депрессии 14. Субшкала тревоги

Окончание таблицы 1

3. «Опросник когнитивных представлений о болезни»	15. Принятие болезни 16.Воспринимаемые преимущества 17. Беспомощность
4. «Краткая шкала оценки психического статуса MMSE»	18. Когнитивные функции
5. «Краткая форма оценки здоровья SF-36»	19. Физическое функционирование 20. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием 21. Интенсивность боли 22. Общее состояние здоровья 23. Жизненная активность 24. Социальное функционирование 25. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием 26. Психологическое здоровье
6. «Шкала базисных убеждений»	27. Общее отношение к благосклонности окружающего мира 28. Общее отношение к осмысленности мира 29. Убеждение относительно собственной ценности
7. «Шкала психологического благополучия»	30. Положительные отношения с другими 31. Автономия 32. Управление окружением 33. Личностный рост 34. Цель в жизни 35. Самопринятие 36. Психологическое благополучие
8. «Тест жизнестойкости»	37. Вовлеченность 38. Контроль 39. Принятие риска

Таким образом, для выявления особенностей ВКБ пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности в исследовании использовались 8 методик и 39 переменных в шкалах.

Для решения задач исследования были применены следующие **статистические методы.** В работе с целью обработки и анализа результатов использовались методы математической статистики. Расчеты производились в программе IBM SPSS Statistics 21.0.

1. Рассчитывались показатели описательной статистики: абсолютные и относительные частоты, медиана (Ме), стандартное отклонение (σ). С целью выбора метода дальнейших статистических расчетов проводили проверку распределения данных на нормальность с помощью критерия хи-квадрат.

2. Для установления значимости различий между исследуемыми признаками в пяти несвязанных группах (больные с различными неврологическими диагнозами) использовали непараметрический критерий – H-критерий Крускала – Уоллиса. Если значения, полученные по конкретному исследуемому признаку, попадали в область значимых (достоверных) отличий с вероятностью ошибки $p \leq 0{,}05$, принимали гипотезу о наличии достоверных различий между группами по данному признаку.

3. Метод логистической регрессии, лежащий в основе построения нейронной сети (Neural Network), позволил обнаружить и спрогнозировать на базе автоматического обнаружения сложные взаимосвязи в данных.

4. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена применялся для количественной оценки статистического изучения связи между явлениями по интересующим исследователя показателям.

Таким образом, определена и обоснована концептуальная и организационная модель исследования особенностей ВКБ пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности на основе интеграции подходов к пониманию данных конструктов. Дано подробное описание выборки исследования – пациентов с неврологической патологией. Отобраны валидные и надежные методики психодиагностического обследования испытуемых, выбраны соответствующие задачам исследования, количеству сравниваемых групп и типу распределения данных методы статистической обработки.

3 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Нами рассматривались особенности ВКБ пациентов с БП, РС, остеохондрозом позвоночника, последствиями инсульта, головокружением и нарушением устойчивости в контексте психологической безопасности: тип отношения к болезни, симптомы тревоги и депрессии, базовые стратегии когнитивной регуляции и когнитивный дефицит, качество жизни, базисные убеждения, психологическое благополучие и жизнестойкость. Проведен анализ и сравнение системно-динамических характеристик, определена их взаимосвязь, получены данные логистической регрессии о сложных взаимосвязях. На основании полученных данных представлена модель комплекса мишеней психологических интервенций для каждой группы.

3.1 Сравнительное исследование системно-динамических характеристик внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией

Для решения задачи определения особенностей ВКБ рассматривались следующие системно-динамические характеристики: тип отношения к болезни (гармоничный, сенситивный, эргопатический, тревожный, неврастенический, ипохондрический, паранойяльный, меланхолический, анозогнозический, апатический, эгоцентрический, дисфорический); базовые стратегии когнитивной регуляции (принятие болезни, воспринимаемые преимущества, беспомощность), когнитивный дефицит.

Исследование типов отношения к болезни пациентов с неврологической патологией

С целью описания групп по исследуемым признакам и выделения среди них наиболее выраженных рассчитали медиану и стандартное отклонение.

Для проверки достоверности различий между исследуемыми группами проводили множественные сравнения с использованием H-критерия Крускала – Уоллиса.

Результаты статистических расчетов по показателям, полученным с помощью методики ТОБОЛ, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Типы отношения к болезни пациентов с неврологической патологией, баллы

Типы отношения к болезни	Клинические группы					Значимость различий, p
	БП	РС	ОП	ПИ	ГиНУ	
	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	
1. Гармоничный	7 ±2,9	9,3 ±3,5	8 ±3,3	7 ±2,7	9,5 ±3,4	0,0092*
2. Эргопатический	3 ±2	7,4 ±4,7	6 ±2,8	5 ±2,4	6,5 ±3	p<0,001*
3. Анозогнозический	4 ±1,2	9,9 ±6,1	11 ±7,6	3,5 ±3,2	4 ±3	p<0,001
4. Тревожный	13 ±5,3	4,2 ±3,8	3 ±4,2	12 ±6,3	9 ±4,6	p<0,001*
5. Ипохондрический	7 ±5,1	3 ±3	4 ±7,7	15 ±5,8	6 ±4,5	p<0,001*
6. Неврастенический	9 ±5,9	5,5 ±6,1	3 ±6,1	6 ±4,9	10 ±5,9	p<0,001*
7. Меланхолический	2 ±2,4	2,2 ±3,3	1 ±4,3	4 ±2,9	2,5 ±3,6	0,0005*
8. Апатический	10,5 ±5,8	6,1 ±5,1	4 ±3,2	1 ±2	2 ±4,5	p<0,001*
9. Сенситивный	3 ±6,1	4,3 ±5,3	3 ±3,8	5,5 ±2,9	4 ±2,6	0,0593*
10. Эгоцентрический	2 ±4,4	5,7 ±6,0	1 ±2,3	2 ±2,1	11 ±6	p<0,001*
11. Паранойяльный	3 ±4,1	3,3 ±4,2	6 ±6	1 ±3,6	3 ±1,9	p<,0001*
12. Дисфорический	2,5 ±5	4,3 ±3,3	6 ±4,4	5,5 ±5,1	4,5 ±2,5	0,0012*

Примечание – Me – медиана; SD – стандартное отклонение; * – статистически достоверное различие на уровне значимости p<0,05; БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС – больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

Исходя из данных, представленных в таблице 2, можно сделать следующие выводы. Гармоничный тип отношения к болезни имеет большие балльные значения в группах больных с РС и головокружениями, тем не менее отсутствует наличие данного типа реагирования у испытуемых в «чистом» виде, так как он встречался только в сочетании с другими типами (p=,0092); эргопатический – в группах больных с РС, остеохондрозом позвоночника и головокружениями (p<0,001*); анозогнозический – у больных с РС и остеохондрозом позвоночника (p<0,001); тревожный– БП и последствия инсульта (p<0,001); ипохондрический – последствия инсульта (p<0,001); неврастенический – БП и головокружения (p<0,001); меланхолический тип, несмотря на наименьшие значения во всех группах в сравнении с другими типами, более выражен в группе больных с последствиями инсульта (p=,0005); апатический – БП (p<0,001); сенситивный– последствия инсульта (p=,0593); эгоцентрический – головокружения (p<,0001); паранойяльный – остеохондроз позвоночника (p<,0001); дисфорический – остеохондроз позвоночника и последствиями инсульта (p=,0012). Значения стандартных отклонений, рассчитанных по каждому из показателей, свидетельствует о том, что значения из оцениваемых множеств отличаются от средних показателей в группе. Установлены достоверные различия по типам реакции на болезнь по всем исследуемым группам.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся типы на основании данных, представленных в таблице 2 и распределения групп по относительным значениям типов отношения к болезни пациентов с неврологической патологией (%), представленным на рисунке 1.

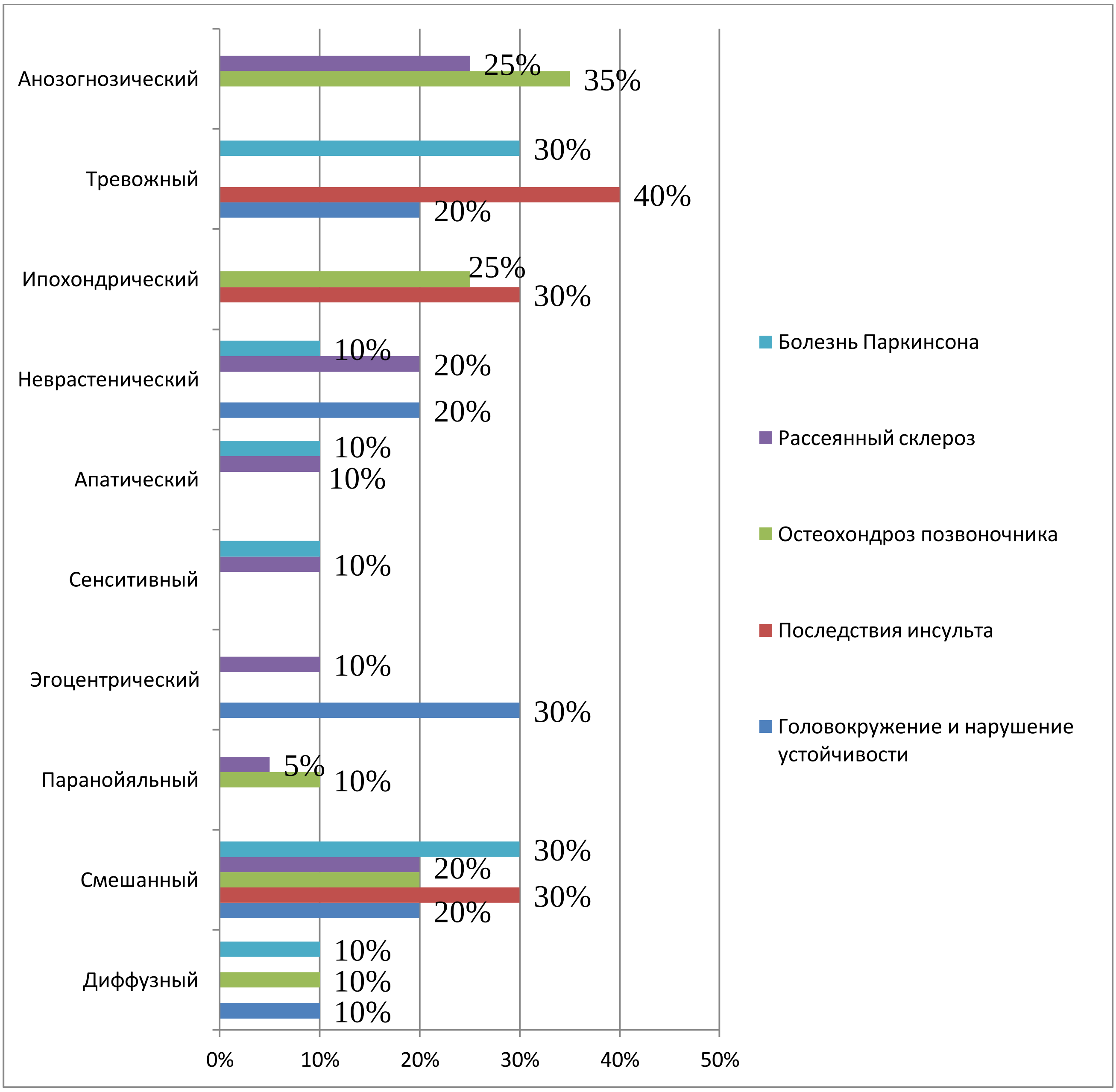


Рисунок 1 – Типы отношения к болезни пациентов с неврологической патологией (%)

Установлено, что в группе респондентов с БП в большей степени выражен тревожный тип отношения к болезни (30 %). Для пациентов характерно преобладание беспокойства и, как следствие подобной тревоги, – снижение не только настроения, но и психической активности в целом. У больных РС типы реакции на заболевание разнообразны: анозогнозический (25 %), неврастенический (20 %) и смешанный (20 %) типы отношения к болезни. Для них характерно игнорирование мыслей о болезни, ее причинах, последствиях,

зачастую с «уходом» в трудовую деятельность и стремлением сохранить прежнюю активность; раздражительное поведение в отношении своего заболевания. Для пациентов с остеохондрозом позвоночника наибольшую выраженность имеют анозогнозический (35 %) и ипохондрический (25 %) типы реакции на болезнь. При анозогнозическом типе пациенты демонстрируют игнорирование болезни и надежду на самоизлечение, то при ипохондрическом типе пациенты склонны к преувеличенному сосредоточению на собственных субъективных ощущениях с неверием в успех излечения. Больные с последствиями инсульта обнаруживают у себя тревожный (40 %) и ипохондрический (30 %) типы отношения к заболеванию. В первом варианте пациенты проявляют тревожность и повышенный интерес к объективным данным касательно заболевания, тогда как пациенты с ипохондрическим типом – к субъективным ощущениям с преувеличением и «выискиванием» симптоматики. В группе пациентов с головокружениями наибольшую выраженность имеет эгоцентрический тип отношения к болезни (30 %). У больных наблюдается «принятие» болезни и поиски выгод, требования исключительной заботы о себе, невнимание к близким, эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость поведения. В данной группе больных выявлено равное количество испытуемых (по 20 %) с тревожным и неврастеническим типами реакции на болезнь.

Таким образом, типы отношения к болезни пациентов диффузны, часто встречаются смешанные типы. Для большинства пациентов характерны интрапсихическая направленность дезадаптации реакции на заболевание (тревожный, ипохондрический, неврастенический типы); в группе пациентов с БП большинство испытуемых отмечают тревожный тип; в группе больных РС наблюдается разнообразие типов реагирования, но в большей степени им присущи анозогнозический, неврастенический типы; больные остеохондрозом позвоночника чаще демонстрируют анозогнозический и ипохондрический типы; больные с последствиями инсульта обнаруживают у себя тревожный и ипохондрический типы; у пациентов с головокружениями наблюдается наличие эгоцентрического, а также тревожного и неврастенического типов реакции на

болезнь. Каждый из типов имеет как положительные, так и отрицательные аспекты адаптации к своему заболеванию. Тип отношения к заболеванию различается в исследуемых группах и может быть обусловлен спецификой болезни, ее течением и прогнозом, наличествующими неврологическими симптомами, утратой или сохранением способности выполнять привычную деятельность и прочими значимыми факторами. Полученные данные согласуются с результатами ранее проведенных исследований [17, 38, 70, 98–100, 112].

Исследование базовых стратегий когнитивной регуляции о болезни пациентов с неврологической патологией

Проанализируем полученные в результате статистических расчетов данные пациентов разных нозологических групп. С целью описания групп и выделения среди них наиболее выраженных рассчитали медиану и стандартное отклонение. Для проверки достоверности различий между исследуемыми группами проводили множественные сравнения с использованием Н-критерия Крускала – Уоллиса.

Результаты статистических расчетов по показателям, полученным с помощью методики «Опросник когнитивных представлений о болезни», представлены в таблице 3.

Таблица 3 − Базовые стратегии когнитивной регуляции пациентов с неврологической патологией, баллы

Базовые стратегии когнитивной регуляции	Клинические группы					Значимость различий, р
	БП	РС	ОП	ПИ	ГиНУ	
	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	
1. Принятие болезни	12,5±4,6	11±3,8	17±3	10±3	10,5±4,6	р<0,001 *
2. Восприятие преимуществ	10±2	15±3,9	8±2,5	9±1,5	14±3,5	р<0,001 *
3. Беспомощность	12,5±3,9	9±3,8	8,5±2,1	15±4,5	14,5±3,7	р<0,001 *

Примечание – Me − медиана; SD − стандартное отклонение; * − статистически достоверное различие на уровне значимости р<0,05: БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС – больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

На основании данных таблицы 3, когниции принятия болезни и беспомощности имеют наибольшую выраженность в группе больных болезнью Паркинсона (p<0,001); в группе больных рассеянным склерозом более выражена когниция восприятия преимуществ болезни (p<0,001); больные остеохондрозом позвоночника проявляют высокую выраженность когниции принятия заболевания (p<0,001); пациенты с последствиями инсульта указывают на более выраженную степень когниции беспомощности (p<0,001); больные с головокружениями в большей степени склонны к когнициям беспомощности и восприятия преимуществ болезни (p<0,001). На основании достоверных различий (p<0,001) можно говорить о существенной вариации базовых стратегий когнитивной регуляции при различных видах неврологической патологии.

Рассмотрим выраженные базовые стратегии когнитивной регуляции на основании данных, представленных в таблице 3 и распределения групп по относительным значениям базовых стратегий когнитивной регуляции (%), представленных на рисунке 2.

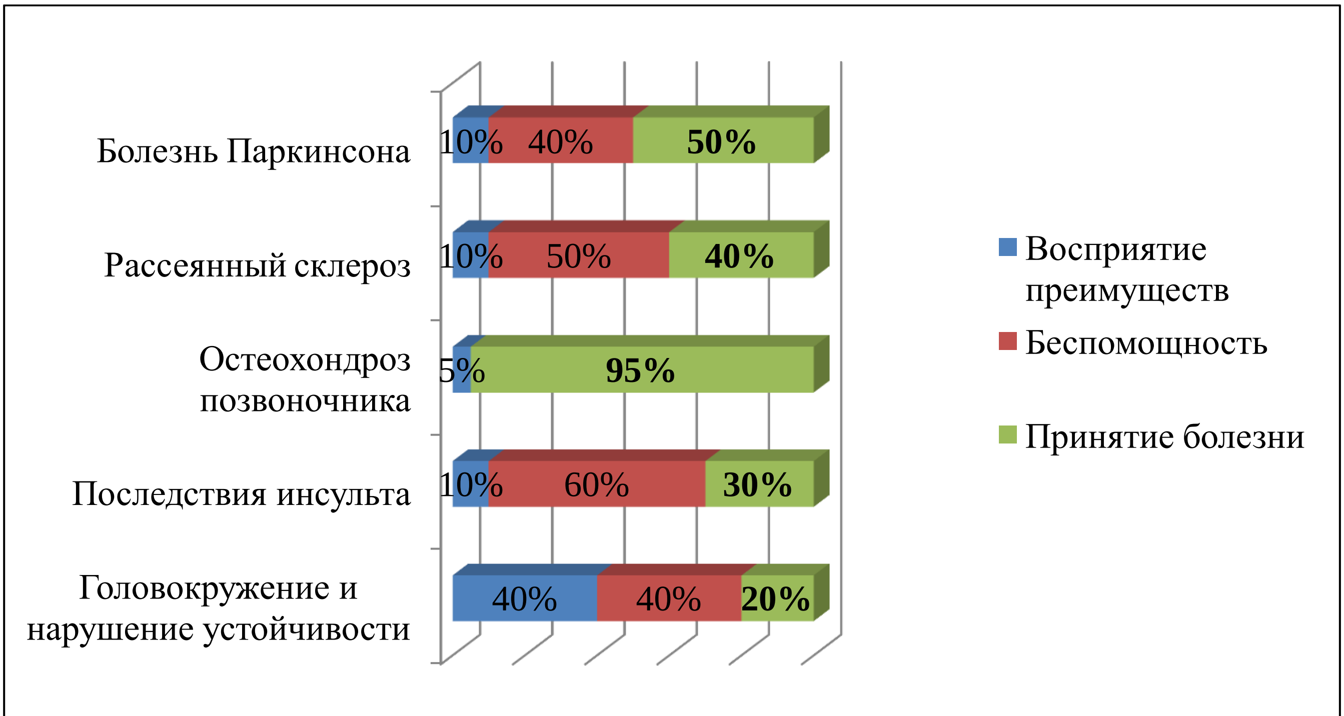


Рисунок 2 − Базовые стратегии когнитивной регуляции в отношении заболевания пациентов с неврологической патологией (%)

50 % пациентов с БП признают болезнь и осознают способность снижения аверсивного влияния стрессора (принятие болезни), а 40 % воспринимают заболевание как неконтролируемое и неизменное (беспомощность). 40 % пациентов с РС признают необходимость адаптации к болезни – фактор, улучшающий эмоциональное состояние в долгосрочной перспективе. Пациенты с остеохондрозом позвоночника (95 %) признают негативное влияние патологии, но стараются адаптироваться к сложившимся обстоятельствам (когниции принятия), что существенно улучшает эмоциональное состояние. У 60 % пациентов с последствиями инсульта ощущают беспомощность перед своей болезнью. Принятие выражено у 30 % больных. Беспомощность и безнадежность перед болезнью являются вполне объяснимыми, так как часто последствия инсульта связаны с бытовыми, профессиональными, социальными ограничениями для человека. Пациенты с головокружениями (40 %) отмечают восприятие преимуществ болезни, а также беспомощность. При частых головокружениях человек постоянно находится в ситуации напряжения, в связи с чем больные могут осознанно формулировать преимущества, получаемые ими от своей болезни, или же на неосознаваемом уровне извлекать определенную выгоду при демонстрации своей беспомощности перед заболеванием.

Таким образом, наиболее адаптивными формами базовых стратегий когнитивной регуляции обладают больные рассеянным склерозом, а также больные остеохондрозом позвоночника, так как для большинства из них характерно принятие болезни или восприятие ее преимуществ. Дезадаптивные базовые стратегии когнитивной регуляции собственного заболевания в большей степени присущи больным с последствиями инсульта.

Исследования когнитивного дефицита пациентов с неврологической патологией

Проанализируем полученные в результате статистических расчетов данные пациентов разных нозологических групп. С целью описания групп по исследуемым признакам и выделения среди них наиболее выраженных рассчитали медиану и стандартное отклонение. Для проверки достоверности

различий между группами проводили сравнения с использованием Н-критерия Краскела – Уоллиса.

Результаты статистических расчетов по показателям, полученным с помощью методики «MMSE», представлены в таблице 4.

Таблица 4 − Когнитивный дефицит пациентов с неврологической патологией, баллы

Клинические группы	Когнитивный дефицит, баллы	Значимость различий, p
	Me±SD	
БП	24,0 ±2,9	p<0,001*
РС	22,0 ±2,9	
ОП	28,0 ±2,2	
ПИ	22,0 ±2,2	
ГиНУ	26,0 ±2,5	

Примечание – Me − медиана; SD − стандартное отклонение; * − статистически достоверное различие на уровне значимости p<0,05: БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС – больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

На основании данных, приведенных в таблице 4, а также относительных значений, представленных на рисунке 3, можно утверждать о наличии достоверных различий (p<0,001) между исследуемыми группами больных.

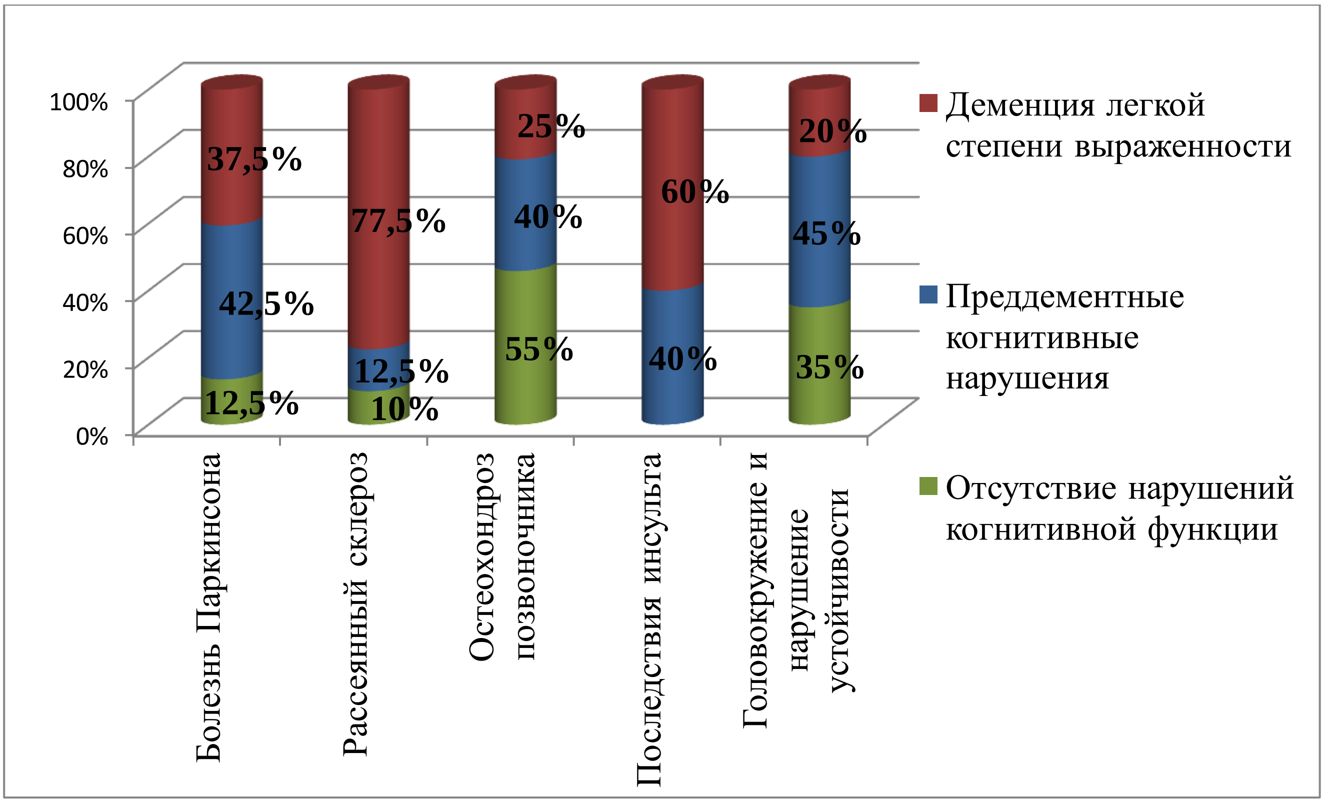


Рисунок 3 − Когнитивный дефицит пациентов с неврологической патологией (%)

У 42,5 % пациентов с БП отмечаются незначительные затруднения с концентрацией и ориентацией в зрительных образах. Пациенты с рассеянным склерозом демонстрируют увеличение времени при выполнении мнестических и интеллектуальных заданий, что свидетельствует об истощаемости. Для пациентов с остеохондрозом позвоночника характерна самая благоприятная картина общего состояния когнитивной сферы, отмечаются незначительные трудности, связанные с выполнением интеллектуально-мнестических операций и восприятии (25 % − деменция легкой степени выраженности). У 60 % респондентов с последствиями инсульта отмечается деменция легкой степени выраженности, что свидетельствует об истощении церебрального резерва – нейронов, способных устанавливать новые связи: наблюдаются повышенная отвлекаемость, сложности с концентрацией внимания, воспроизведении недавно усвоенных знаний. Пациенты с головокружением и нарушением устойчивости демонстрируют схожую картину состояния когнитивной сферы с пациентами с остеохондрозом позвоночника: у 20 % отмечается деменция легкой степени. При выполнении

заданий выявлены незначительные сложности в использовании двигательной программы и ориентировке в датах.

Таким образом, наименьшую выраженность когнитивных нарушений имеют больные остеохондрозом позвоночника и пациенты с головокружениями; наиболее выражены когнитивные нарушения в группах больных рассеянным склерозом и постинсультных больных, что может быть связано непосредственно с негативными влияниями неврологической симптоматики на повседневную жизнь, что подтверждается ранее проведенными исследованиями [43].

Исследование проявлений тревоги и депрессии пациентов с неврологической патологией

Проанализируем полученные в результате статистических расчетов данные пациентов разных нозологических групп. С целью описания групп по исследуемым признакам и выделения среди них наиболее выраженных рассчитали медиану и стандартное отклонение, а для проверки достоверности различий проводили множественные сравнения с использованием Н-критерия Крускала – Уоллиса.

Результаты статистических расчетов по показателям, полученным с помощью методики «HADS», представлены в таблице 5.

Таблица 5 − Проявления тревоги и депрессии, баллы

Симптомы тревоги и депрессии	Группы					Значимость различий, p
	БП	РС	ОП	ПИ	ГиНУ	
	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	
1. Симптомы тревоги	9,0 ±2,1	7,0 ±2,2	8,0 ±2	12,5 ±3,3	7,5 ±2,5	p<0,001 *
2. Симптомы депрессии	10,5 ±2,7	7,02 ±2,2	7,5 ±2,1	13,0 ±2,7	6,5 ±1,3	p<0,001 *

Примечание – Me − медиана; SD − стандартное отклонение; * − статистически достоверное различие на уровне значимости p<0,05: БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС – больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

Исходя из данных таблицы 5, наибольшую выраженность проявлений тревоги имеют пациенты с последствиями инсульта, наименьшую − больные РС; наибольшую выраженность симптомов депрессии − также постинсультные больные, наименьшую − пациенты с головокружениями. В результате множественных сравнений установлено, что между исследуемыми группами имеются достоверные различия по указанным признакам, причем уровни значимости данных различий очень высоки ($p<0,0001$). Значения стандартных отклонений относительно невелики, что свидетельствует о небольшой вариативности результатов диагностики тревоги и депрессии в группах.

На основании данных, представленных в таблице 5, и относительных значений (%), представленных на рисунке 4, можно говорить о наличии определенных различий в проявлениях эмоциональной сферы пациентов в зависимости от специфики клинической картины самого заболевания.

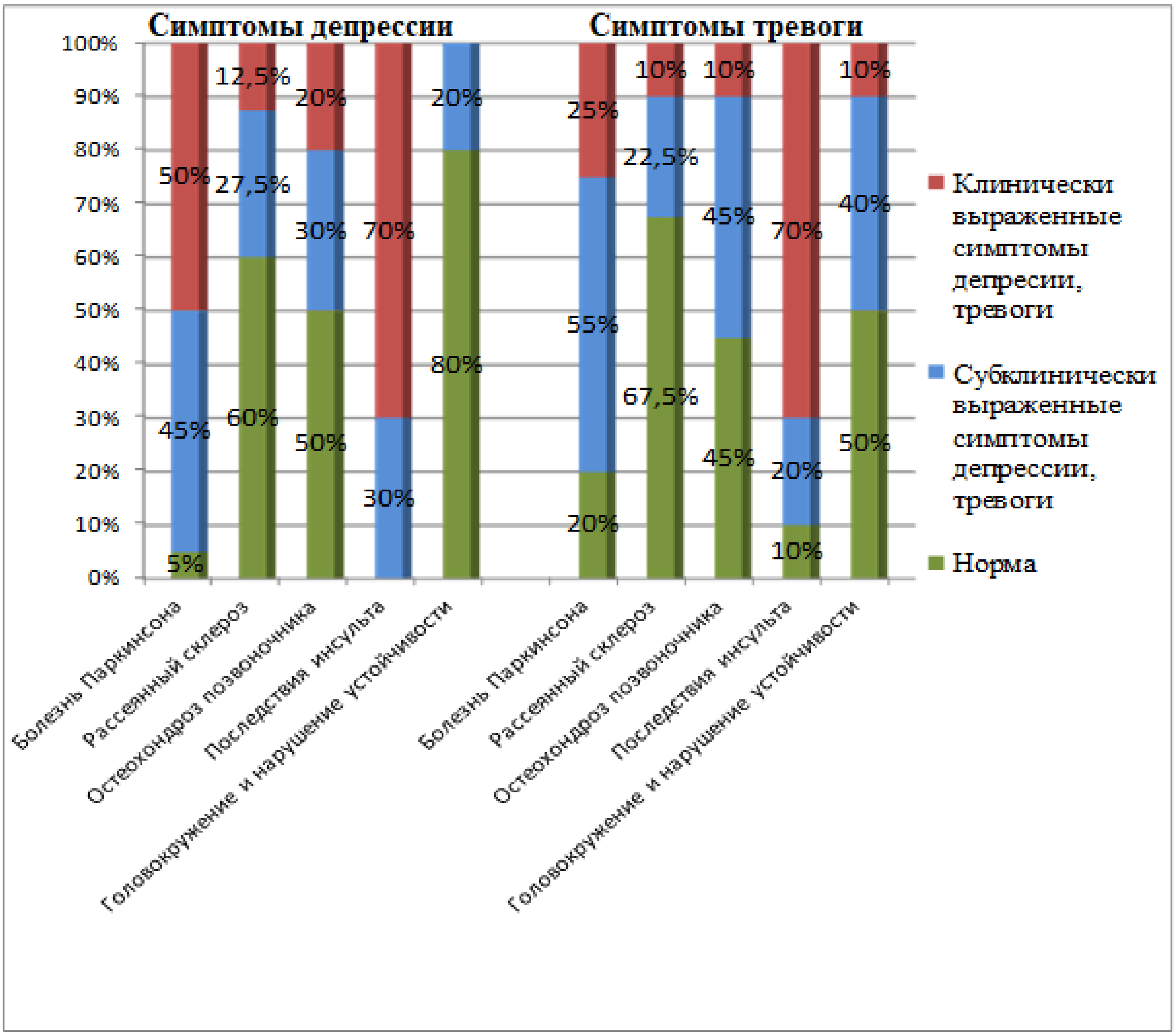


Рисунок 4 – Проявления депрессии и тревоги пациентов с неврологической патологией (%)

Для большинства пациентов с БП характерна субклиническая и клиническая выраженность тревоги (у 95 %) и депрессии (у 80 %) что свидетельствует о том, что данная группа отмечает снижение мотивации и способности получать удовольствие от деятельности, а также беспокойство в отношении неопределенности потенциально опасной ситуации болезни. Более 60 % больных рассеянным склерозом не склонны к тревоге и депрессии, однако в данной группе выявлено около 25 % испытуемых с субклиническими проявлениями, у около 10% клинически выраженные симптомы. Пациентов с остеохондрозом позвоночника можно отнести к низкотревожным, так как около половины из них характеризуются нормой, т. е. низкой тревожностью. У 25 % испытуемых

выявлена субклиническая и клиническая выраженность тревоги и депрессии. В отношении тревоги, которая связана с мобилизацией организма в ответ на потенциально опасную ситуацию, они демонстрируют более осознанное поведение, что объясняется отсутствием когнитивных дефицитов на биологическом уровне. Наибольшее количество пациентов с клинически выраженной тревогой выявлено в группе больных с последствиями инсульта – 70 %. Им в большей степени, нежели пациентам других групп, характерна утрата интереса к деятельности и жизни, снижение мотивации, а также повышенная тревожность в отношении своего состояния и будущего в целом, что обусловлено влиянием специфичной неврологической патологии на возможность функционирования в социуме. Нормативные значения тревоги установлены лишь у 10 % больных. Наиболее положительную картину мы можем наблюдать в группе пациентов с головокружениями. Как и в группе больных остеохондрозом позвоночника, среди пациентов с головокружениями преобладающим большинством являются лица с нормативными значениями по шкале тревоги – 50 %. У 40 % испытуемых выявлена тревога на субклиническом уровне. Превалирующее большинство – 80 % испытуемых − не отмечает в собственном психоэмоциональном состоянии признаков депрессии.

Таким образом, клиническая выраженность тревоги и депрессии присуща в первую очередь больным с последствиями инсульта, что объясняется их текущим физическим и психологическим состоянием, обусловленным влиянием заболевания. Наименее подверженными тревоге и депрессии оказались больные рассеянным склерозом, что может быть связано с незначительным когнитивным дефицитом и сложностью адекватной оценки своего состояния и последствий заболевания даже в условиях отсутствия выраженной и тяжелой деменции, что объясняется торможением деятельности и активацией симпатической нервной системы. Пациенты с головокружениями проявляют в большей степени симптомы тревоги, при этом наличие депрессии для большинства из них не характерно, так же как и для больных рассеянным склерозом. Практически равные доли пациентов с остеохондрозом подвержены тревоге и депрессии и не проявляют ее

значимых признаков. Для пациентов с БП характерно наличие тревоги субклинической выраженности, а также депрессии субклинической и клинической выраженности. Полученные данные по результатам диагностики уровня тревоги и депрессии в исследуемых группах неврологических больных согласуются с существующими исследованиями особенностей и распространенности аффективных расстройств среди данного контингента пациентов [129, 134, 138, 143, 159].

3.2 Показатели психологической безопасности пациентов с неврологической патологией

Исследования внутренней картины болезни вне контекста психологической безопасности, на наш взгляд, не позволяет получить достоверные результаты о ресурсных и дефицитарных характеристиках, которые необходимо учитывать при организации и проведении психологических интервенций. В связи с этим фактом были определены характеристики, позволяющие исследовать психологическую безопасности как динамическое свойство и ресурс пациента, обеспечивающий защищенность личности от негативного влияния болезни на жизнеосуществление. Такими параметрами выступили качество жизни, базовые убеждения, психологическое благополучие и жизнестойкость [56, 57, 87, 108, 118].

Исследование качества жизни пациентов с неврологической патологией

Проанализируем полученные в результате статистических расчетов данные пациентов разных нозологических групп. С целью описания групп и выделения среди них наиболее выраженных характеристик рассчитали медиану и стандартное отклонение. Для проверки достоверности различий проводили множественные сравнения с использованием H-критерия Крускала – Уоллиса.

Результаты статистических расчетов по показателям, полученным с помощью методики «SF-36», представлены в таблице 6.

Таблица 6 − Качество жизни пациентов с неврологической патологией, баллы

Качество жизни	Клинические группы					Значимость различий, p
	БП	РС	ОП	ПИ	ГиНУ	
	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	
1. Физическое функционирование	5,0 ±4,3	10,0 ±5,5	10,0 ±2,9	55,0 ±5,8	50,0 ±6,1	p<0,00 1*
2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	25,0±16, 2	25,0 ±16,9	25, 0 ±16	50,0 ±23,3	50±17, 7	p<0,00 1*
3. Интенсивность боли	50,0±11, 2	20,0 ±11,7	50,0 ±7,2	21,0 ±9,2	10,0 ±7,2	p<0,00 1*
4. Общее состояние здоровья	50,0 ±5,3	55,0 ±6,1	55,0 ±5,3	72,5 ±14,5	55,0 ±6,8	0,002*
5. Жизненная активность	45,0 ±10,2	45,0 ±3,6	55,0 ±5,6	52,5 ±4,5	60 ±11,2	p<0,00 1*
6. Социальное функционирование	50,0 ±10	62,5 ±10,7	75,0 ±8,4	56,2 ±9,8	62,5 ±9,8	p<0,00 1*
7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	33,3 ±19,6	33,3 ±22,2	66,6 ±20,5	66,626,1	33,3±1 9,2	p<0,00 1*
8. Психологическое здоровье	64,0 ±7,5	40,0 ±4,8	56,0 ±9,2	54,0 ±9,6	60,0 ±8,6	p<0,00 1*
9. Физический компонент качества жизни	26,5 ±2,4	27,9 ±4,3	28,0 ±2,1	36,9 ±3,8	34,5 ±2,5	p<0,00 1*
10. Психологичес-кий компонент качества жизни	47,5 ±3,1	40,9 ±6,9	50,1 ±5	43,5 ±5,7	43,2 ±3,9	p<0,00 1*

Примечание – Me − медиана; SD − стандартное отклонение; * − статистически достоверное различие на уровне значимости p<0,05: БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС – больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

На основании данных, приведенных в таблице 6, можно утверждать о наличии достоверных различий между исследуемыми группами больных: ощущения высокого физического и ролевого функционирования наиболее характерны для пациентов с последствиями инсульта и головокружением

(p<0,001); восприятие интенсивности боли в большей степени характерно для пациентов с болезнью Паркинсона и остеохондрозом позвоночника, в меньшей степени боль беспокоит пациентов с ГиНУ (p<0,001); собственное физическое состояние оценивают как удовлетворительное пациенты с последствиями инсульта (p=0,002); ощущение жизненной активности наблюдают у себя пациенты с головокружением (p<0,001); социальное функционирование высоко оценивают пациенты с ГиНУ, наиболее низкие значения отмечаются у пациентов с БП (p<0,001); удовлетворительное ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, отмечают пациенты с остеохондрозом позвоночника и последствиями инсульта (p<0,001); наибольшие показатели восприятия психического здоровья характерны для пациентов с БП (p<0,001).

На основании данных, приведенных в таблице 6 можно говорить о наличии определенных различий в проявлениях качества пациентов в зависимости от специфики клинической картины самого заболевания.

Для анализа особенностей качества жизни, составляющих физического и психологического компонентов у пациентов с неврологической патологией определены относительные значения (%), представленные на рисунке 5.

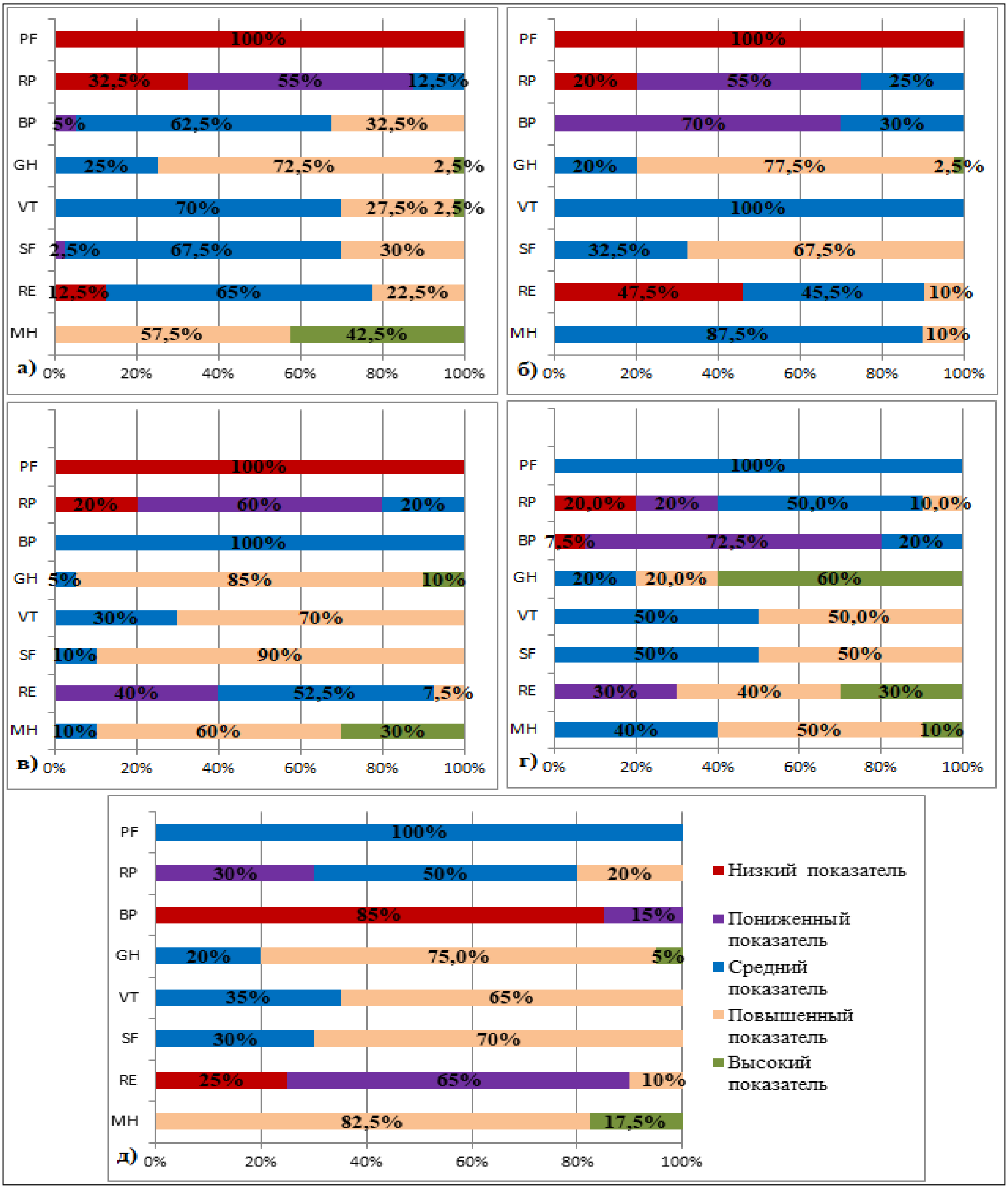


Рисунок 5 – Качество жизни пациентов с неврологической патологией (%)

Примечание 1: а) болезнь Паркинсона; б) рассеянный склероз; в) остеохондроз позвоночника; г) последствия инсульта; д) головокружение и нарушение устойчивости.

Примечание 2: PF – Физическое функционирование (Physical Functioning); RP– Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning); BP – Интенсивность боли (Bodily pain); GH – Общее состояние здоровья (General Health); VT – Жизненная активность (Vitality); SF – Социальное функционирование (Social Functioning); RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RoleEmotional); MH – Психическое здоровье (Mental Health).

У пациентов с БП выявлено наличие низких показателей физического функционирования (100 %), что свидетельствует об ограничении выполнения любых физических нагрузок, негативном влиянии на повседневные обязанности. Большинство в целом оценивает психологическое состояние как удовлетворительное. В целом низкие значения физического компонента здоровья могут быть компенсированы за счет психологического.

Пациенты с рассеянным склерозом негативно оценивают физическое функционирование (у 100 % – низкий показатель), ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием (у 20 % – низкий показатель, 55 % – пониженный показатель), а также ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (у 47,5 % – низкий показатель). Наиболее сохранны жизненная активность, позволяющая чувствовать себя наполненным достаточным количеством энергии и сил (у 100 % – средний показатель), и социальное функционирование (у 67,5 % – повышенный показатель). Пониженные показатели по шкале интенсивности боли отмечаются у 70 % пациентов.

Для пациентов с остеохондрозом позвоночника характерно существенное ограничение как физических нагрузок (у 20 % – низкий показатель, 60 % – пониженный показатель), также боль существенно ограничивает деятельность. Однако респонденты стараются поддерживать социальные контакты, предотвратить упадок сил и влияние отрицательных эмоций.

Пациенты с последствиями инсульта, в отличие от вышеперечисленных групп, не наблюдают существенного ограничения в самообслуживании, подъеме, ходьбе, поднятии тяжестей и пр. (у 100 % – средние значения физического функционирования), но отмечают негативное влияние физического состояния здоровья и наличие болевых ощущений при выполнении повседневных обязанностей по дому и вне его (у 40 % – низкий показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием; у 72,5 % – низкий показатель интенсивности боли). Наиболее сохранно восприятие своего общего состояния здоровья, которое помогает больным не фиксироваться на болезненном процессе (60 % – высокий), жизненной активности и социального

функционирования (по 50 %). В целом физический компонент качества жизни снижен у 85 % пациентов, тогда как психологический сохранен у 10 %.

Пациенты с головокружением и нарушением устойчивости отмечают самые сильные ограничения активности, связанные с болью (у 85 % − низкий показатель, у 15 % – пониженный), также 30 % испытывают затруднения при выполнении повседневной ролевой деятельности, однако никто из группы не отмечает трудностей в выполнении физических нагрузок (физическое функционирование) и оценивают общее состояние здоровья выше среднего. 90 % отмечают, что их эмоциональное состояние мешает выполнению повседневной работы, им нужно больше времени, а выполнить они могут меньше. Физический компонент качества жизни снижен у 100 %, а психологический – у 25 %.

Таким образом, физический компонент качества жизни нарушен у всех групп, за исключением пациентов с последствиями инсульта, в сравнении с которым психологический компонент качества жизни в целом более сохранен (за исключением группы пациентов с рассеянным склерозом). При этом физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок у пациентов с болезнью Паркинсона, рассеянным склерозом и остеохондрозом позвоночника. Пациенты с рассеянным склерозом и остеохондрозом позвоночника и головокружением и нарушением устойчивости испытывают затруднение в связи с болью (интенсивность боли). Физическое состояние также оказывает негативное влияние на выполнение повседневных обязанностей и повседневную ролевую деятельность в целом для большой части всех групп, однако общее состояние здоровья оценивается выше среднего, что свидетельствует об отсутствии фиксации на патологии. Однако пациенты всех групп отмечают, что их эмоциональное состояние мешает повседневной деятельности, которая требует больше временных затрат, выполняется меньший объем работ, снижается качество, наиболее уязвим данный компонент у пациентов с головокружением и нарушением устойчивости. Данное обстоятельство может быть связано с тем, что физический компонент в большей степени соотносится с объективными клиническими симптомами заболевания в отличие от психологического

компонента, объективных подтверждений нарушений которого у пациентов зачастую нет [111].

Исследование базовых убеждений пациентов с неврологической патологией

С целью описания групп по исследуемым признакам и выделения среди них наиболее выраженных рассчитали медиану и стандартное отклонение. Результаты статистических расчетов по показателям, полученным с помощью методики «Шкала базовых убеждений», представлены в таблице 7.

Таблица 7 − Базовые убеждения пациентов с неврологической патологией, баллы

Базовые убеждения	Клинические группы					Значимость различий, р
	БП	РС	ОП	ПИ	ГиНУ	
	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	
1. Благосклонность мира	3,8 ±0,7	3,3 ±0,9	4,0 ±0,6	3,8 ±0,8	3,4 ±0,7	0,046*
2. Осмысленность мира	3,5 ±0,3	3,4 ±1,1	3,9 ±0,5	4,0 ±0,6	3,3 ±1	p<0,001*
3. Ценность собственного Я	4,1 ±1,2	3,4 ±0,9	4,0 ±0,6	4,1 ±0,4	4,1 ±1,2	0,098

Примечание – Me − медиана; σ − стандартное отклонение; * − статистически достоверное различие на уровне значимости $p<0,05$: БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС – больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

На основании данных, приведенных в таблице 7, можно утверждать о наличии достоверных различий между исследуемыми группами. Относительные значения базовых убеждений пациентов (%) представлены на рисунке 6.



Рисунок 6 – Базовые убеждения пациентов с неврологической патологией (%)

Пациенты с БП (70 %) демонстрируют Благосклонность мира (p=0,046) и Ценность собственного «Я» (p=0,098), то есть для большей части характерна вера в то, что в мире больше добра, чем зла, а также в преобладание положительных

черт характера и поступков. 50 % респондентов верят, что события происходят не случайно (осмысленность мира ($p<0,001$)), что влияет на ощущение безопасности. Для пациентов с РС характерно равное распределение всех базовых убеждений (у 50 %). Пациенты с остеохондрозом позвоночника демонстрируют схожее восприятие в отношении благосклонности мира с группой с БП (70 %). 80 % убеждены, что события в мире контролируются и подчиняются законам справедливости (осмысленность мира). Пациенты с последствиями инсульта оптимистично относятся к миру (у 70 % – благосклонность мира) и демонстрируют самые высокие показатели в отношении контролируемости мира законами справедливости (90 % – осмысленность мира). Для пациентов с головокружением и нарушением устойчивости, как и для респондентов с рассеянным склерозом, характерно равное процентное соотношение убеждений благосклонности ($p=0,046$) и осмысленности мира. Половина респондентов верит в преобладание добра в отношении окружающего мира и людей, половина – склоняются к преобладанию зла или общей нейтральности мира, 50 % считают, что мир наполнен смыслом, 50 % – нет.

Таким образом, большая часть пациентов с БП, остеохондрозом позвоночника и последствиями инсульта оптимистично относится к окружающему и верит в преобладание добра, только половина пациентов с рассеянным склерозом и с головокружением и нарушением устойчивости придерживается подобных убеждений. Высокие показатели в отношении осмысленности мира демонстрируют пациенты с остеохондрозом позвоночника и последствиями инсульта, они верят, что события в мире контролируются и подчиняются законам справедливости, тогда как половина из групп с болезнью Паркинсона, рассеянным склерозом и с головокружением и нарушением устойчивости считают, что в мире и происходящих событиях нет определенного смысла и справедливости. В плане восприятия ценности собственного «Я» не обнаружено достоверных различий: большинство пациентов верит в свою ценность в плане преобладании хороших качеств, правильности поведения и удачливости. Из этого следует, что, поскольку базовые убеждения являются в

большей степени рациональной оценкой, опосредующей негативные факторы заболевания, то специфика болезни и неврологической патологии связана скорее с восприятием мира, нежели себя и своей ценности.

Исследование психологического благополучия пациентов с неврологической патологией

Для определения системно-динамических характеристик психологической безопасности важным видится изучение компонентов психологического благополучия как отражения внутреннего мира пациента, определяющего переживания, связанные с ощущением благополучности и соответствующим поведением, особенно при наличии неврологической патологии [47, 50, 146, 167]. Проанализируем полученные в результате статистических расчетов данные пациентов разных нозологических групп.

Результаты статистических расчетов по показателям, полученным с помощью методики «Тест жизнестойкости», представлены в таблице 8.

Таблица 8 − Психологическое благополучие пациентов с неврологической патологией, баллы

Психологическое благополучие	Клинические группы					Значимость различий, p
	БП	РС	ОП	ПИ	ГиНУ	
	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	
1. Позитивные отношения	61,0 ±5,8	59,0 ±6,5	63,0 ±6,6	58,5 ±6,5	65,5±8,8	0,696
2. Автономия	64,5 ±7	56,0 ±6,9	59,5 ±6,1	65,5 ±8,9	70 ±8,2	p<0,001 *
3. Управление средой	60,0 ±7,7	65,0 ±6,6	67,5 ±2,9	65,0 ±8,1	62,0±4,3	p<0,001 *
4. Личностный рост	54,0 ±4,3	61,0 ±7,7	58,5 ±7	67,0 ±6,1	64,5 6,1	p<0,001 *
5. Цели в жизни	55,0 ±7,7	61,5 ±5,3	67,0 ±7,2	65,0 ±6,1	59,5 8,6	p<0,001 *
6. Самопринятие	67,0 ±7,1	60,0 ±5,3	70,5 ±6,3	59 ±6,2	68,0 ±6,9	p<0,001 *

Окончание таблицы 8

Общий показатель	370,0 ±18,6	366,0 ±13,7	381±19,5	381,5 ±12	386,5±13,1	0,002*

Примечание – Me - медиана; SD - стандартное отклонение; * - статистически достоверное различие на уровне значимости p<0,05: БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС – больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

Исходя из данных, приведенных в таблице 8: высокий показатель автономии демонстрируют пациенты с головокружением, низкий – с рассеянным склерозом и остеохондрозом позвоночника (p<0,001); ощущают способность управлять средой пациенты с остеохондрозом позвоночника, а в меньшей степени – с болезнью Паркинсона (p<0,001).

Восприятие личностного роста характерно для пациентов с последствиями инсульта и головокружением, в меньшей степени – для пациентов с болезнью Паркинсона и с остеохондрозом позвоночника (p<0,001). Отмечают цели в жизни пациенты с остеохондрозом и с последствиями инсульта, пациентов с болезнью Паркинсона испытывают трудности в определении целей в жизни (p<0,001). Самопринятие демонстрируют пациенты с болезнью Паркинсона и с остеохондрозом, не принимают себя пациенты с последствиями инсульта (p<0,001). На основании данных, приведенных в таблице 8, можно утверждать о наличии достоверных различий между исследуемыми группами больных.

Для анализа особенностей психологического благополучия пациентов с неврологической патологией определены относительные значения (%), представленные на рисунке 7.

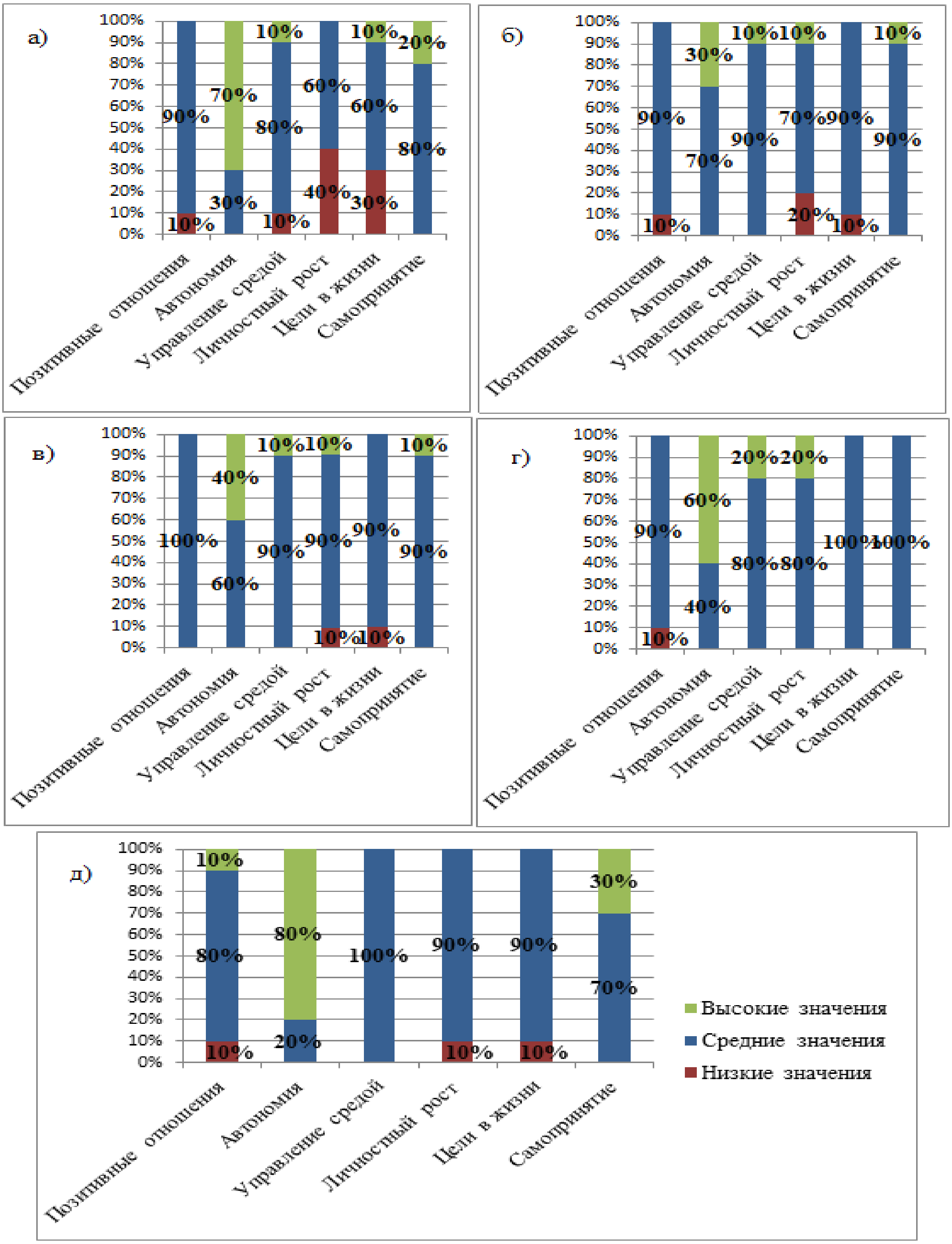


Рисунок 7 – Психологическое благополучие пациентов с неврологической патологией (%)

Примечание – а) пациенты с болезнью Паркинсона; б) больные с рассеянным склерозом; в) больные остеохондрозом позвоночника; г) пациенты с последствиями инсульта; д) пациенты с головокружениями.

Пациенты с болезнью Паркинсона в меньшей степени ощущают свое развитие, самореализацию (у 40 %), затрудняются в установлении новых отношений и практически не отмечают целей в жизни как в прошлом, так и в настоящем и будущем (30 %). Респонденты позитивно относятся к себе, принимают как положительные, так и отрицательные качества (самопринятие). Пациенты с рассеянным склерозом отмечают меньшую способность управления поведением и оценки действий. Состояние и особенности внутреннего мира пациентов, которые определяют переживание благополучности, соответствует среднему уровню. Только 10 % пациентов с остеохондрозом позвоночника отмечают трудности в реализации своего потенциала и способности противостоять натиску общества, большинство эффективно использует сложившиеся возможности для своих целей и потребностей, принимает свои качества и прошлые поступки. В целом психологическое благополучие соответствует среднему уровню, который отражает достаточно успешное функционирование. Пациенты с последствиями инсульта обладают чувством непрекращающегося развития и открыты новому опыту, считают, что жизнь наполнена смыслом, имеют определенные цели. Наименьшее значение в сравнении с другими группами наблюдается относительно самопринятия, однако психологическое благополучие существенно не нарушено. Пациенты с головокружением и нарушением устойчивости не испытывают чувство самореализации и улучшения. Несмотря на это, они не зависят от мнения окружающих, а также обладают чувством непрекращающегося развития и открыты новому опыту. За счет сохранных компонентов, психологическое благополучие в целом соответствует среднему уровню.

Таким образом, у пациентов всех групп достаточное ощущение психологического благополучия, позволяющее успешно функционировать в жизни, однако отмечаются ресурсные и уязвимые компоненты, которые могут быть использованы в реабилитации. С точки зрения рассмотрения психологического благополучия для пациентов с болезнью Паркинсона наиболее уязвимыми являются управление средой, личностный рост и цели в жизни;

рассеянным склерозом – автономия; остеохондрозом позвоночника – автономия и личностный рост. Так как благополучие является субъективной эмоциональной, а не рациональной оценкой жизни, совокупностью ресурсов личности [25], то пациенты вне зависимости от патологии демонстрируют позитивное отношение к себе, своим поступкам и качествам, к прошлому в целом.

Исследование жизнестойкости пациентов с неврологической патологией

Жизнестойкость представляет собой базовую характеристику, которая снижает негативное влияние заболевания за счет представлений о возможности совладания со стрессовыми событиями жизни. Проанализируем полученные в результате статистических расчетов данные пациентов различных клинических групп. С целью описания групп, выделения наиболее выраженных характеристик рассчитали медиану и стандартное отклонение. Для проверки достоверности различий проводили множественные сравнения.

Результаты статистических расчетов по показателям, полученным с помощью методики «Тест жизнестойкости», представлены в таблице 9.

Таблица 9 − Жизнестойкость пациентов с неврологической патологией, баллы

Жизнестойкость	Клинические группы					Значимость различий, р
	БП	РС	ОП	ПИ	ГиНУ	
	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	Me±SD	
1. Вовлеченность	17,5 ±2	19,0 ±1,9	19,1 ±1,9	18,0 ±2,5	21,0 ±1,8	p<0,001*
2. Контроль	17,0 ±1,8	16,0 ±2,2	18,4 ±2,2	18, 0 ±1,8	16,5 ±2	0,002
3. Принятие риска	12,5 ±1,8	11,0 ±2,2	13,0 ±2,1	12,0 ±1,7	11,5 ±1,9	p<0,001*
Общий показатель	47,5±3,6	46,0±,1	50,0±2,9	47,0±2	47,0±4,8	p<0,001*

Примечание – Me − медиана; SD - стандартное отклонение; * − статистически достоверное различие на уровне значимости p<0,05: БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС

– больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

Данные таблицы 9 показывают, что вовлеченность характерна в большей степени для пациентов с головокружением, в меньшей – для пациентов с БП и последствиями инсульта ($p<0,001$); контроль отмечается у пациентов остеохондрозом позвоночника, а его недостаток у пациентов с РС ($p=0,002$); принятие риска демонстрируют пациенты с остеохондрозом позвоночника, испытывают сложности пациенты с последствиями инсульта и головокружением и нарушением устойчивости ($p<0,001$).

На основании данных, приведенных в таблице 9, можно утверждать о наличии достоверных различий между исследуемыми группами. Относительные значения компонентов жизнестойкости (%) представлены на рисунке 8.



Рисунок 8 – Психологическое благополучие пациентов с неврологической патологией (%)

Пациенты с болезнью Паркинсона в меньшей степени способны получать удовольствие от деятельности (у 50 % – средние значения). 70 % пациентов находят интерес в собственной деятельности. Несмотря на самые низкие показатели среди групп по компоненту контроля, 90 % считают, что сами выбирают свой путь. Пациенты с остеохондрозом позвоночника готовы действовать в отсутствии гарантий успеха, считая, что могут повлиять на результат (контроль). 67,5 % испытывают вовлеченность в происходящее, тогда как 32,5 % переживают ощущение «вне жизни», которое сопровождается чувством отвергнутости, что представляет угрозу для безопасности личности. Пациенты с последствиями инсульта, несмотря на низкие значения в отношении принятия риска (у 92,5 %), принимает как позитивный, так и негативный опыт, считая, что это способствует развитию. У пациентов с головокружением преобладают средние значения всех показателей жизнестойкости. Для них характерно ощущение сопричастности, интереса и влияние на результат даже при отсутствии гарантии успеха (контроль).

Таким образом, во всех клинических группах были обнаружены средние показатели жизнестойкости, что может свидетельствовать о том, что общий показатель в большей степени связан не со спецификой заболевания и патологии, а с другими значимыми факторами (психологическими, социальными). При этом наблюдается отчетливая дифференциация ее компонентов. Достоверно более низкие значения вовлеченности отмечаются у пациентов с болезнью Паркинсона, контроля – у пациентов с рассеянным склерозом, принятия риска – у пациентов с последствиями инсульта и остеохондрозом позвоночника. Ресурсными характеристиками являются для пациентов с остеохондрозом позвоночника контроль и принятие риска, головокружения и нарушения устойчивости – вовлеченность. Данное обстоятельство может быть связано непосредственно с влиянием неврологической патологии на конкретные убеждения, а также с представлением о собственной способности преодолеть затруднения, которые порождает заболевание, своего прогноза дальнейшего течения болезни, что напрямую определяет реабилитационный потенциал человека [2].

Для определения возможности рассмотрения особенностей внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности, а также использования полученных вышеописанных результатов в целях психологических интервенций, необходимо выявить достоверные взаимосвязи системно-динамических характеристик на когнитивной, эмоционально-сенситивном и мотивационно-деятельностном уровнях.

3.3 Исследование взаимосвязи системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с неврологической патологией

Рассматривались системно-динамические характеристики внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности. К характеристикам ВКБ относятся: тип отношения к болезни; симптомы тревоги и депрессии; базовые стратегии когнитивной регуляции, когнитивный дефицит. В качестве характеристик психологической безопасности выступали: качество жизни, базовые убеждения, психологическое благополучие, жизнестойкость.

Взаимосвязь системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности осуществлена на основе ранговой корреляции Спирмена. Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с болезнью Паркинсона представлена на рисунке 9.

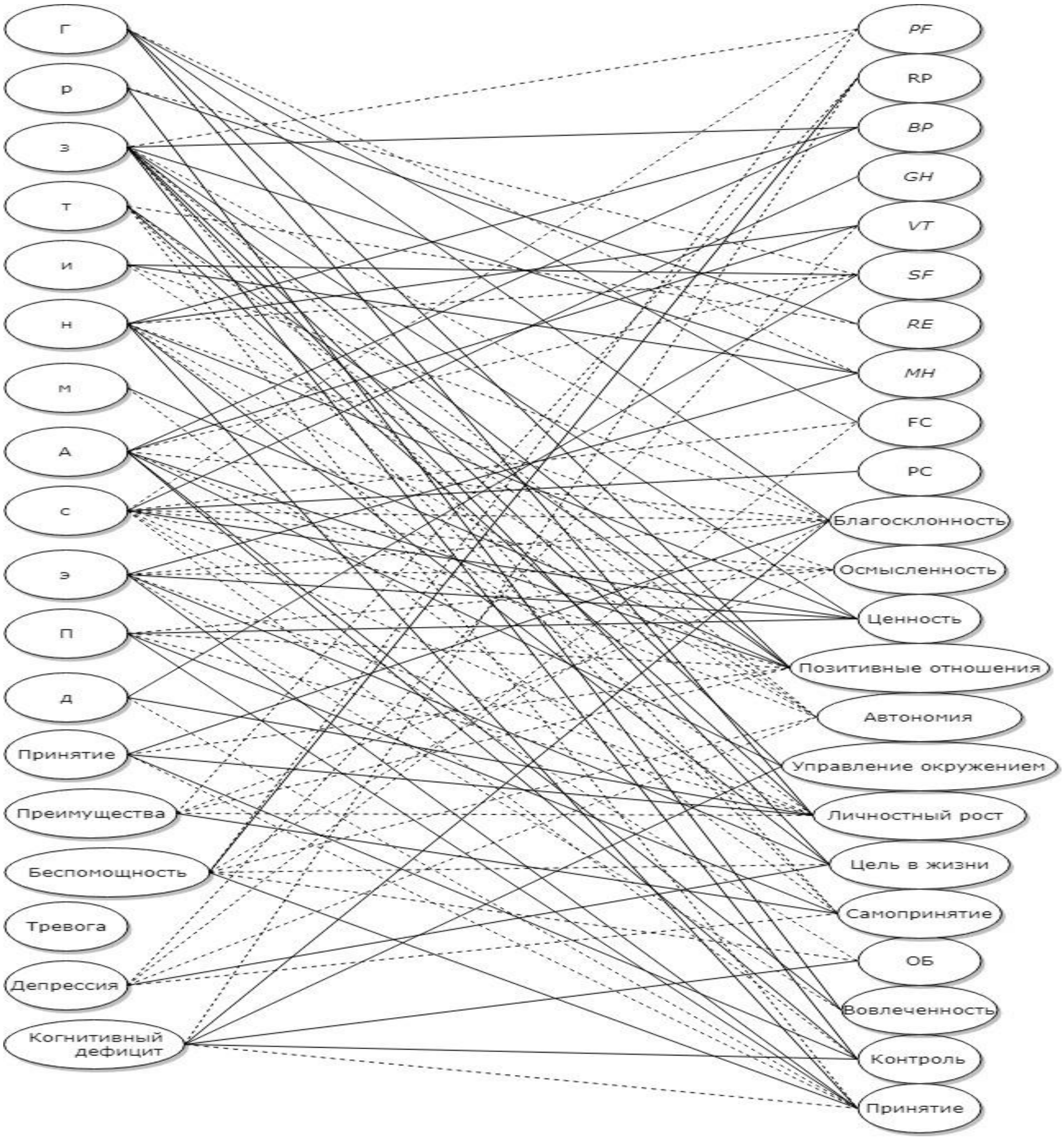


Рисунок 9 − Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик психологической безопасности пациентов с болезнью Паркинсона

Примечание 1 – прямой линией отмечена прямая корреляционная связь, прерывистой – обратная корреляционная связь.

Примечание 2 – Г – Гармоничный тип; Р – Эргопатический; З –Анозогнозический; Т –. Тревожный; И – Ипохондрический; Н – Неврастенический; М – Меланхолический; А – Апатический; С – Сенситивный; Э – Эгоцентрический; П – Паранойяльный; Д – Дисфорический; PF – Физическое функционирование; RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – Интенсивность боли; GH – Общее состояние здоровья; VT – Жизненная активность; SF – Социальное функционирование; RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – Психологическое здоровье; FC – Физический компонент качества жизни; PC – психологический компонент качества жизни.

В корреляционную плеяду были включены только те взаимосвязи, качественная характеристика силы которых начинается от умеренной до весьма высокой в соответствии со шкалой Чеддока, т.е. достоверны при величине коэффициента корреляции от 0,3 до 1,0 как для прямой, так и для обратной связи. Показатели корреляций характеристик пациентов с болезнью Паркинсона представлены в приложении Б.

Исходя из данных, представленных на рисунке 9 и в приложении Б, у пациентов с болезнью Паркинсона выявлены множественные взаимосвязи между системно-динамическими характеристиками внутренней картины болезни и психологической безопасности, которые в соответствии с теоретической и концептуальной моделью исследования соотносятся со следующими сферами функционирования личности: когнитивной, эмоционально-сенситивной и мотивационно-поведенческой.

С точки зрения рассмотрения когнитивной сферы наибольше количество значимых взаимосвязей наблюдается со стороны внутренней картины болезни между следующими компонентами: тип отношения к заболеванию (анозогнозический, тревожный, неврастенический, астенический), базовые представления о болезни (принятие и беспомощность), состояние когнитивной сферы (наличие/отсутствие когнитивного дефицита); со стороны психологической безопасности – компоненты психологического благополучия (автономия, личностный рост, цели в жизни), базовые убеждения (убеждения о благосклонности мира, убеждение об осмысленности мира, ценность собственного Я), жизнестойкости (контроль).

При рассмотрении эмоционально-сенситивной сферы наибольшее количество взаимосвязей обнаружено между следующими компонентами: со стороны внутренней картины болезни – тип отношения к заболеванию (анозогнозический, тревожный, неврастенический, астенический), симптомы депрессии; психологической безопасности – качество жизни (психологическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным

состоянием), психологического благополучия (самопринятие, позитивные отношения), жизнестойкости (вовлеченность).

Мотивационно-деятельностная сфера представлена множественными взаимосвязями между такими системно-динамическими характеристиками психологической безопасности, как компоненты качества жизни (физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование), психологическое благополучие (позитивные отношения, управление средой) жизнестойкость (принятие риска), а внутренняя картина болезни – типами отношения к заболеванию (анозогнозический, тревожный, неврастенический, астенический).

Рассмотрим взаимосвязь системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с рассеянным склерозом. Подсчет взаимосвязи осуществлен на основе ранговой корреляции Спирмена, денные которой позволяют построить корреляционную плеяду факторов. Плеяда включает только те взаимосвязи, качественная характеристика силы которой начинается от умеренной до весьма высокой в соответствии со шкалой Чеддока. Показатели корреляций представлены в приложении Б.

Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с рассеянным склерозом представлена на рисунке 10.

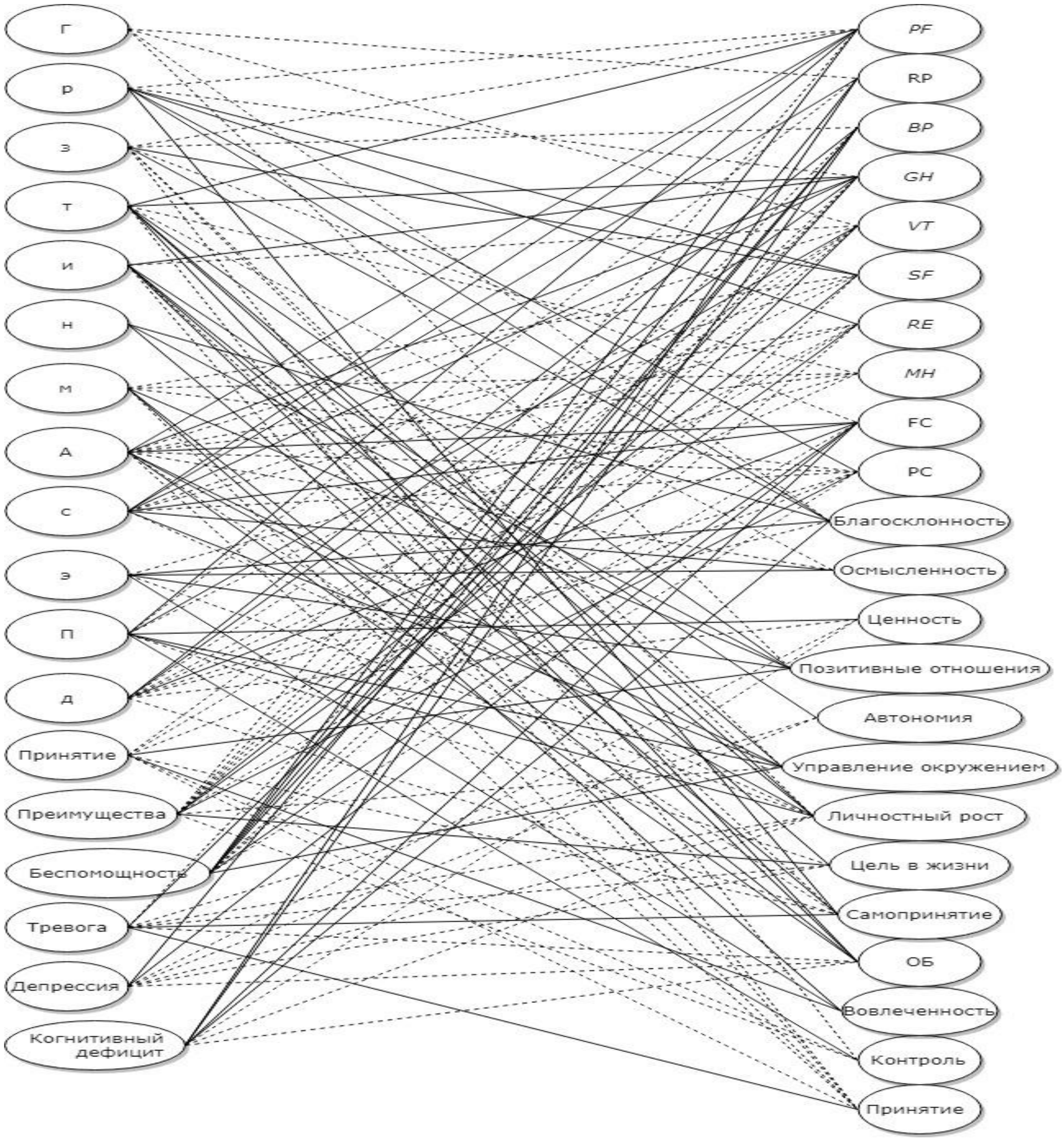


Рисунок 10 − Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик психологической безопасности пациентов с рассеянным склерозом

Примечание 1 – прямой линией отмечена прямая корреляционная связь, прерывистой – обратная корреляционная связь.

Примечание 2 – Г – Гармоничный тип; Р – Эргопатический; З –Анозогнозический; Т – Тревожный; И – Ипохондрический; Н – Неврастенический; М – Меланхолический; А – Апатический; С – Сенситивный; Э – Эгоцентрический; П – Паранойяльный; Д – Дисфорический; PF – Физическое функционирование; RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – Интенсивность боли; GH – Общее состояние здоровья; VT – Жизненная активность; SF – Социальное функционирование; RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – Психологическое здоровье; FC – Физический компонент качества жизни; PC – психологический компонент качества жизни.

Исходя из данных, представленных на рисунке 10 и в приложении Б, пациенты с рассеянным склерозом, по сравнению с пациентами с болезнью Паркинсона, демонстрируют большее количество взаимосвязей между системно-динамическими характеристиками внутренней картины болезни и психологической безопасности, в частности во взаимосвязях когнитивной сферы (когнитивного дефицита) и базовых стратегий когнитивной регуляции болезни. Отмечается большее количество обратных связей, которые отражают специфичность неврологической патологии и своеобразие субъективного видения собственного заболевания.

Когнитивная сфера пациентов с рассеянным склерозом представлена большим количеством взаимосвязей по следующим системно-динамическим характеристикам: тип отношения к заболеванию (эргопатический, анозогнозический, неврастенический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический), базовые представления о болезни (принятие, восприятие преимуществ и беспомощность), состояние когнитивной сферы (наличие/отсутствие когнитивного дефицита), отражающими внутреннюю картину болезни пациентов, и компонентами психологической безопасности – автономия, личностный рост, цели в жизни, убеждения о благополучии мира, убеждение об осмысленности мира, ценность собственного «Я», контроль.

В эмоционально-сенситивной сфере наибольше количество взаимосвязей обнаружено между следующими компонентами: со стороны внутренней картины болезни – тип отношения к заболеванию (эргопатический, анозогнозический, неврастенический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический), симптомы депрессии и тревоги; психологической безопасности – интенсивность боли, психологическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, самопринятие, позитивные отношения, вовлеченность.

Мотивационно-деятельностная сфера представлена множественными взаимосвязями между такими системно-динамическими характеристиками

психологической безопасности, как физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, позитивные отношения, управление средой и принятие риска, а внутренняя картина болезни – типами отношения к заболеванию (эргопатический, анозогнозический, неврастенический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический).

Особенный интерес представляют обратные связи у пациентов с рассеянным склерозом между системно-динамическими характеристиками внутренней картины болезни и психологической безопасности, что может быть использовано для формирования психологических интервенций.

Подсчет взаимосвязи системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с остеохондрозом позвоночника осуществлен на основе ранговой корреляции Спирмена. Показатели корреляций представлены в приложении Б.

Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с остеохондрозом позвоночника представлена на рисунке 11.

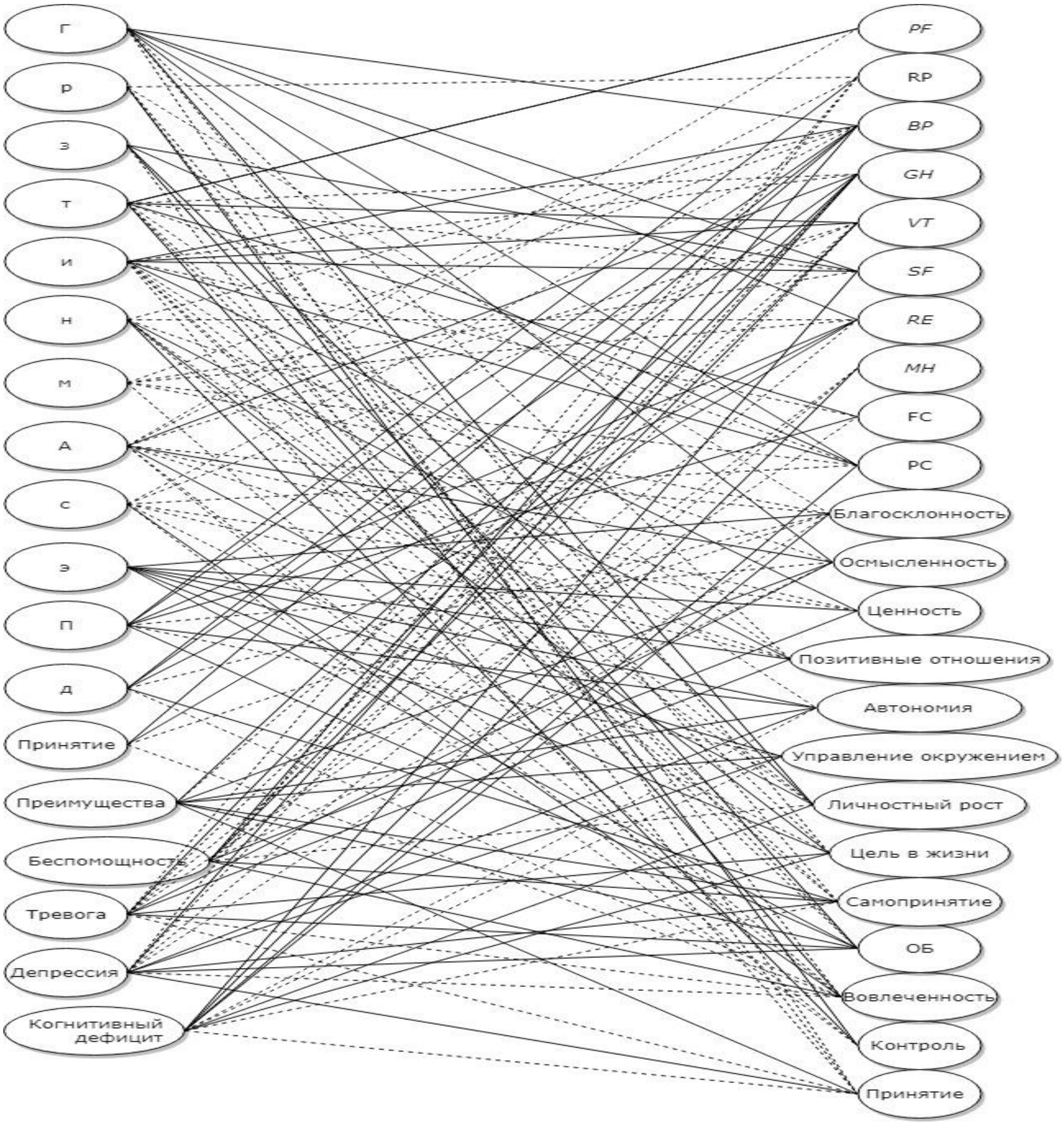


Рисунок 11 − Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик психологической безопасности пациентов с остеохондрозом позвоночника

Примечание 1 – прямой линией отмечена прямая корреляционная связь, прерывистой – обратная корреляционная связь.

Примечание 2 – Г – Гармоничный тип; Р – Эргопатический; З –Анозогнозический; Т – Тревожный; И – Ипохондрический; Н – Неврастенический; М – Меланхолический; А – Апатический; С – Сенситивный; Э – Эгоцентрический; П – Паранойяльный; Д – Дисфорический; PF – Физическое функционирование; RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – Интенсивность боли; GH – Общее состояние здоровья; VT – Жизненная активность; SF – Социальное функционирование; RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – Психологическое здоровье; FC – Физический компонент качества жизни; PC – психологический компонент качества жизни.

На основании данных, представленных на рисунке 11 и в приложении Б, у пациентов с остеохондрозом позвоночника выявлены множественные взаимосвязи между системно-динамическими характеристиками ВКБ и психологической безопасности. У пациентов при рассмотрении когнитивной сферы наибольшее количество значимых взаимосвязей наблюдается со стороны внутренней картины болезни по следующим компонентам: анозогнозический, тревожный, ипохондрический, паранойяльный, астенический тип отношения, принятие и беспомощность и когнитивный дефицит; со стороны психологической безопасности – автономия, личностный рост, цели в жизни (психологическое благополучие), убеждения о благосклонности и осмысленности мира, ценность собственного Я, контроль (жизнестойкость). При рассмотрении эмоциональной сферы наибольшее количество взаимосвязей обнаружено между следующими компонентами: со стороны внутренней картины болезни − анозогнозический, тревожный, ипохондрический, паранойяльный, астенический тип отношения, симптомы тревоги и депрессии; психологической безопасности – качество жизни (психологическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), психологического благополучия (самопринятие, позитивные отношения), жизнестойкости (вовлеченность). Мотивационно-деятельностная сфера представлена множественными взаимосвязями между такими системно-динамическими характеристиками психологической безопасности: физическое и ролевое функционирование, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование (качество жизни), позитивные отношения, управление средой (психологическое благополучие), принятие риска (жизнестойкость), а ВКБ – анозогнозический, тревожный, ипохондрический, паранойяльный, астенический типами отношения.

Взаимосвязь системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта осуществлена на основе ранговой корреляции Спирмена в соответствии с шкалой Чеддока. Показатели корреляций представлены в приложении Б.

Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта представлена на рисунке 12.

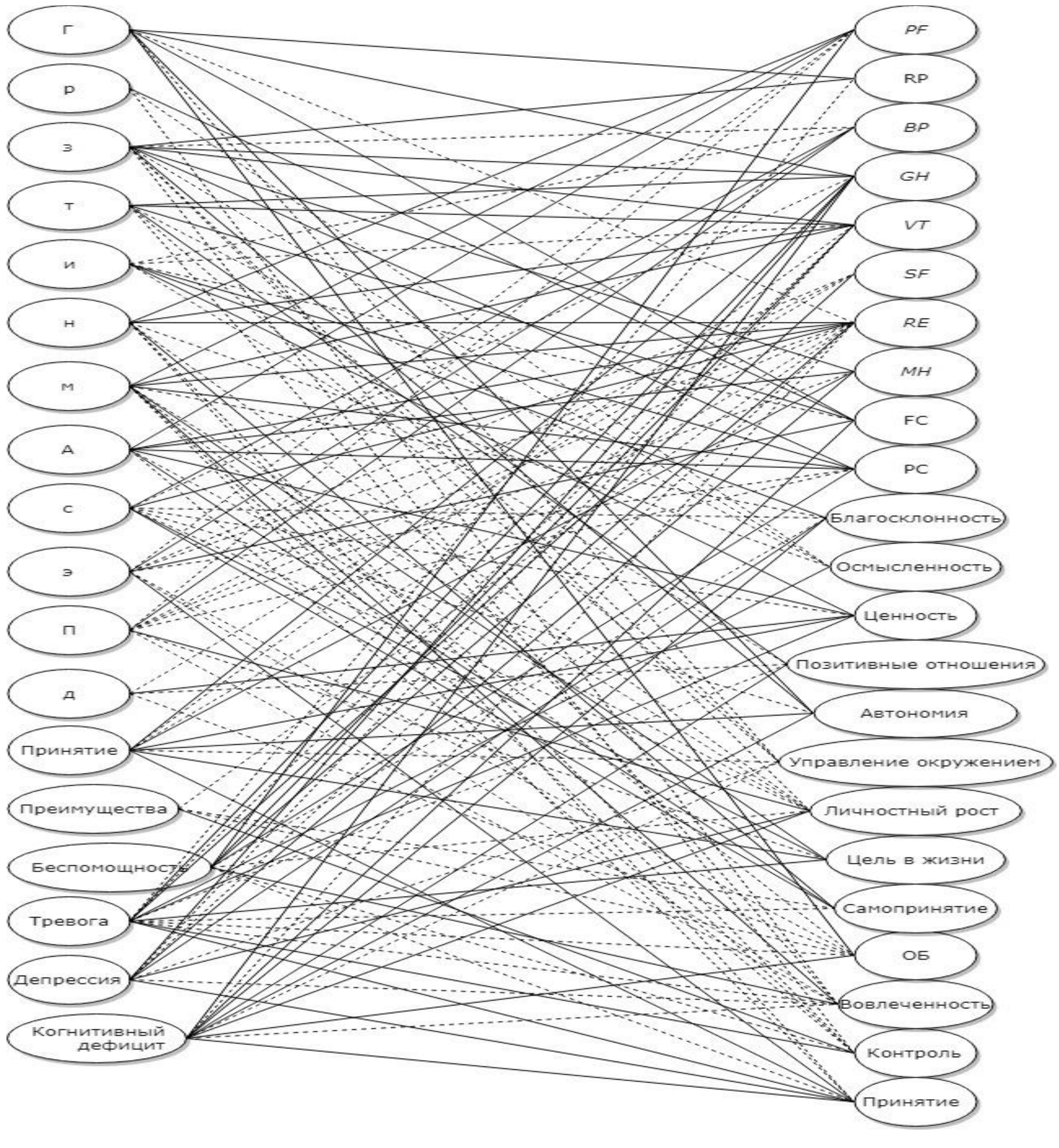


Рисунок 12 − Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта

Примечание 1 – прямой линией отмечена прямая корреляционная связь, прерывистой – обратная корреляционная связь.

Примечание 2 – Г – Гармоничный тип; Р – Эргопатический; З –Анозогнозический; Т – Тревожный; И – Ипохондрический; Н – Неврастенический; М – Меланхолический; А – Апатический; С – Сенситивный; Э – Эгоцентрический; П – Паранойяльный; Д –

Дисфорический; PF – Физическое функционирование; RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – Интенсивность боли; GH – Общее состояние здоровья; VT – Жизненная активность; SF – Социальное функционирование; RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – Психологическое здоровье; FC – Физический компонент качества жизни; PC – психологический компонент качества жизни.

На основании данных, представленных на рисунке 12, у пациентов с последствиями инсульта выявлены множественные взаимосвязи между системно-динамическими характеристиками внутренней картины болезни и психологической безопасности, которые в соответствии с теоретической и концептуальной моделью исследования соотносятся со следующими сферами функционирования личности: когнитивной, эмоционально-сенситивной и мотивационно-поведенческой.

В когнитивной сфере пациентов с последствиями инсульта наибольшее количество значимых взаимосвязей наблюдается со стороны внутренней картины болезни по следующим компонентам: тип отношения к заболеванию (анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, астенический, дисфорический), базовые представления о болезни (принятие и беспомощность), состояние когнитивной сферы (наличие/отсутствие когнитивного дефицита); со стороны психологической безопасности – компоненты психологического благополучия (автономия, личностный рост, цели в жизни), базовые убеждения (убеждения о благосклонности мира, убеждение об осмысленности мира, ценность собственного Я), жизнестойкости (контроль).

В эмоционально-сенситивной сфере наибольшее количество взаимосвязей обнаружено между следующими компонентами: со стороны внутренней картины болезни – тип отношения к заболеванию (анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, астенический, дисфорический), симптомы тревоги и депрессии; психологической безопасности – качество жизни (психологическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), психологического благополучия (самопринятие, позитивные отношения), жизнестойкости (вовлеченность).

Взаимосвязями между такими системно-динамическими характеристиками психологической безопасности, как компоненты качества жизни (физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование), психологическое благополучие (позитивные отношения, управление средой) жизнестойкость (принятие риска), а внутренняя картина болезни – типами отношения к заболеванию (анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, астенический, дисфорический) отражают мотивационно-деятельностную сферу пациентов с последствиями инсульта.

Нет ни одной системно-динамической характеристики внутренней картины болезни, которая бы не была взаимосвязана с системно-динамическими характеристиками психологической безопасности.

Рассмотрим взаимосвязь системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с головокружением и нарушением устойчивости. Подсчет осуществлен на основе ранговой корреляции Спирмена, денные которой позволяют построить корреляционную плеяду факторов. В корреляционную плеяду были включены только те взаимосвязи, качественная характеристика силы которых начинается от умеренной до весьма высокой в соответствии с шкалой Чеддока, т. е. достоверны при величине коэффициента корреляции от 0,3 до 1,0 как для прямой, так и для обратной связи. Показатели корреляций характеристик пациентов с болезнью Паркинсона представлены в приложении Б.

Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с головокружением и нарушением устойчивости представлена на рисунке 13.

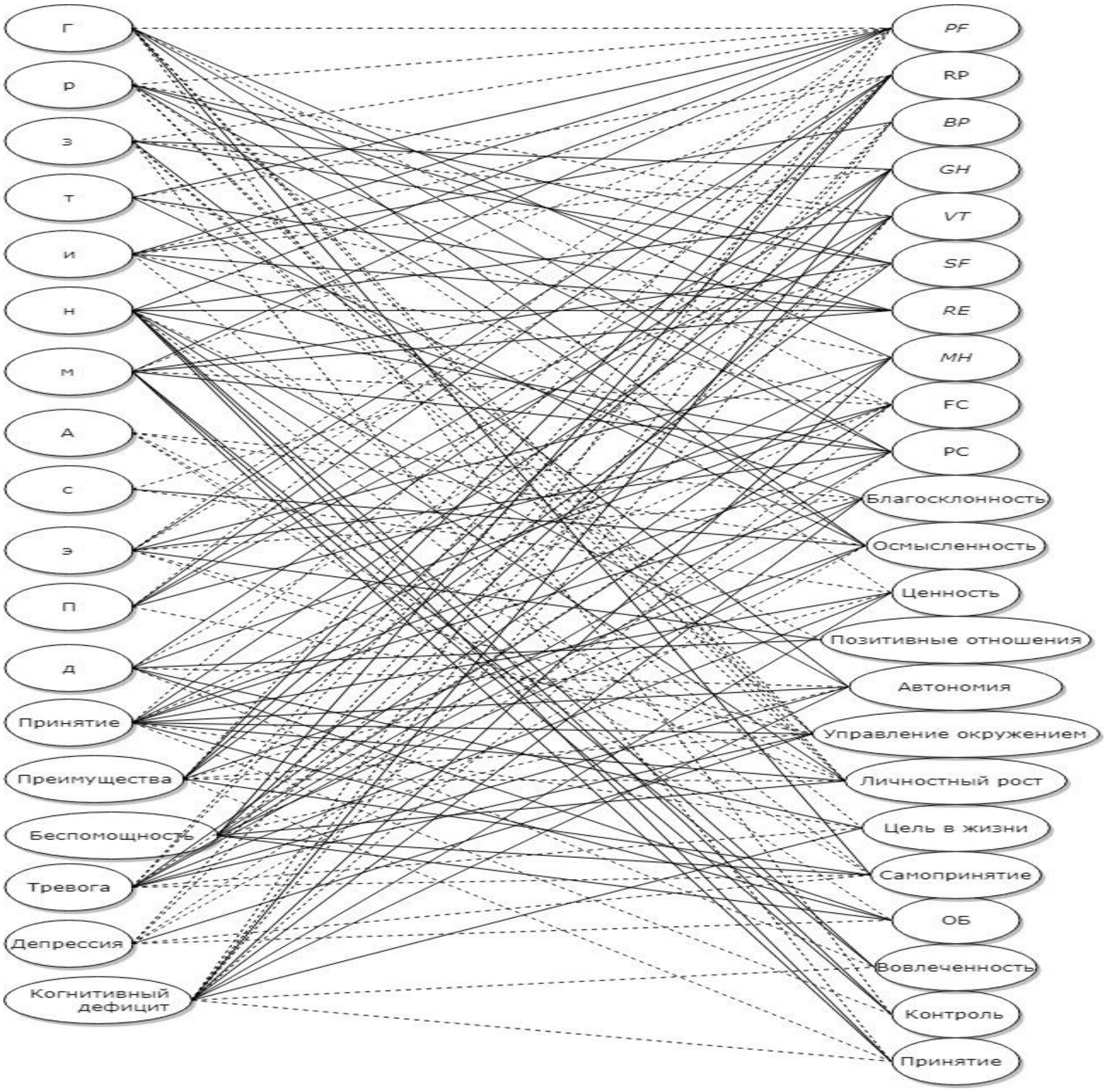


Рисунок 13 − Корреляционная плеяда системно-динамических характеристик психологической безопасности пациентов с головокружением и нарушением устойчивости

Примечание 1 – прямой линией отмечена прямая корреляционная связь, прерывистой – обратная корреляционная связь.

Примечание 2 – Г – Гармоничный тип; Р – Эргопатический; З –Анозогнозический; Т – Тревожный; И – Ипохондрический; Н – Неврастенический; М – Меланхолический; А – Апатический; С – Сенситивный; Э – Эгоцентрический; П − Паранойяльный; Д – Дисфорический; PF – Физическое функционирование; RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – Интенсивность боли; GH – Общее состояние здоровья; VT – Жизненная активность; SF – Социальное функционирование; RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – Психологическое здоровье; FC – Физический компонент качества жизни; PC – психологический компонент качества жизни.

Исходя изданных, представленных на рисунке 13, для пациентов с головокружением и нарушением устойчивости характерны взаимосвязи между большинством компонентов внутренней картины болезни, такими как тип отношения к болезни, базовые стратегии когнитивной регуляции болезни, состоянием когнитивной сферы, тревожной и депрессивной симптоматикой, и психологической безопасностью, системно-динамическими характеристиками которой являются качество жизни, базовые убеждения, психологическое благополучие, и жизнестойкость. Данные корреляции могут быть положены в модель комплекса мишеней психологических интервенций.

Таким образом, с точки зрения рассмотрения когнитивной сферы взаимосвязи наблюдаются между следующими компонентами: со стороны внутренней картины болезни – тип отношения к заболеванию, базовые представления о болезни, состояние когнитивной сферы (наличие/отсутствие когнитивного дефицита); со стороны психологической безопасности − автономия, личностный рост, цели в жизни, убеждения о благополучии мира, убеждение об осмысленности мира, ценность собственного «Я», контроль. При рассмотрении эмоционально-сенситивной сферы наибольшее количество взаимосвязей обнаружено между следующими компонентами: со стороны внутренней картины болезни − тип отношения к заболеванию, симптомы депрессии и тревоги; со стороны психологической безопасности – интенсивность боли, психологическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, самопринятие, позитивные отношения, вовлеченность. Мотивационно-деятельностная сфера представлена множественными взаимосвязями между такими системно-динамическими характеристиками психологической безопасности, как физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, позитивные отношения, управление средой и принятие риска, а внутренняя картина болезни − типами отношения к заболеванию.

Поскольку учет взаимосвязей при построении модели комплекса мишеней психологической интервенции затруднен по причине их большого количества, необходимо применение логистической регрессии, отбор переменных при которой совершается по обратному методу Вальда. Все данные и их интерпретация, представленная выше, демонстрируют значение каждого компонента в отдельности. Для определения комплексного влияния изучаемых системно-динамических характеристик было применено уравнение логистической регрессии. Для поиска более достоверных показателей была инициирована процедура, позволяющая включать переменные последовательно, начиная с наиболее значимой.

Таблица 10 − Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с неврологической патологией

Системно-динамическая характеристика	Коэффициенты уравнения, b	Отношение шансов	Уровень значимости, p
Физическое функционирование	0,646	1,908	0,000
Автономия	-0,471	1,908	0,000
Тип отношения к болезни: анозогнозический	0,492	1,635	0,000
Тип отношения к болезни: апатический	-0,630	0,533	0,001
Константа достоверна на уровне p = 0,001			

На основании данных, представленных в таблице 10, доверительный интервал для отношения шансов составляет 95 %, что позволяет говорить о высокой достоверности использования данной общей модели логистической регрессии для построения реабилитационных мероприятий для пациентов с неврологической патологией (для всех групп).

Наибольший вес для принятия дальнейших решений показали следующие системно-динамические характеристики: физическое функционирование (b=0,646), риск возникновения влияния данного показателя у пациентов выше практически в 2 раза; автономия (b=-0,471) – компонент психологического

благополучия, влияние данного компонента также выше практически в 2 раза; анозогнозический тип отношения к болезни (b=0,492), имеет 3 по значимости влияние на формирование общей картины взаимосвязи; апатический (b=-0.630). Полученная регрессионная модель имеет высокую статистическую оценку (95 %). Риск возникновения влияния физического функционирования у пациентов выше практически в 2 раза, что связано с существенным влиянием неврологических нарушений с изменением, в первую очередь, физического состояния. Логичным видится влияние автономии (компонент психологического благополучия) на всю рассматриваемую систему, так как в силу накопленного опыта совладания с болезнью (все пациенты находятся на этапе реадаптации), а также возраста автономия помогает противостоять негативному влиянию в принятии самостоятельных решений. Обосновано определение анозогнозического типа отношения к болезни как одного из адаптивных типов, поскольку поведение со вспышками раздражения в основном вызваны нарастанием симптоматики, которая на физиологическом уровне снижает способность к контролю собственных эмоций, последующее же раскаяние связано с ослаблением негативного влияния патологии. Апатия оказывает значимое влияние на формирование общей картины болезни, что подтверждается исследованиями Нодель М. Р. и Яхно Н. Н. , рассматривающих безразличие к судьбе и результатам лечения, утрату интереса к жизни как, с одной стороны, возрастной фактор, с другой, как проявление морфофункциональных и нейрохимических изменений, вызванных заболеванием.

Для принятия дальнейших решений в отношении каждой нозологической группы пациентов с неврологической патологией необходимо построение частных моделей комплекса мишеней. Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности, положенный в основу частной модели психологических интервенций пациентов с болезнью Паркинсона, представлен в таблице 11.

Таблица 11 − Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с болезнью Паркинсона (частная модель комплекса мишеней)

Системно-динамическая характеристика	Коэффициенты уравнения, b	Отношение шансов	Уровень значимости, p
Эргопатический тип отношения к болезни	1,389	4,010	0,011
Анозогнозический тип отношения к болезни	1,789	5,983	0,008
Тревожный тип отношения к болезни	-1,946	0,143	0,008
Неврастенический тип отношения к болезни	-,663	0,515	0,004
Меланхолический тип отношения к болезни	-1,192	3,293	0,015
Апатический тип отношения к болезни	-1,298	0,273	0,010
Сенситивный тип отношения к болезни	-0,598	0,550	0,018
Интенсивность боли	-0,153	0,858	0,005
Общее здоровье	0,191	1,211	0,009
Жизнеспособность	0,229	1,257	0,004
Социальное функционирование	0,325	1,385	0,000
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	0,070	1,072	0,016
Психологическое здоровье	-0,341	0,711	0,001
Физический компонент здоровья	0,444	1,559	0,017
Константа достоверна на уровне p = 0,009			

На основании данных, представленных в таблице 11, доверительный интервал для отношения шансов составляет 95 %, что позволяет говорить о высокой достоверности использования данной частной модели логистической регрессии для построения психологических интервенций для пациентов с болезнью Паркинсона. Данная модель является более детализированной по сравнению с частными моделями, применимыми для пациентов других групп.

Наибольший вес для принятия дальнейших решений показали следующие системно-динамические характеристики: 1) эргопатический тип отношения к болезни (b=1,389), проявляющийся в избирательном отношении к обследованию и лечению; 2) анозогнозический тип отношения к болезни (b=1,789) с характерным отбрасыванием мыслей о возможных последствиях заболевания; 3) тревожный тип отношения к болезни (b=-1,946) – мнительность и беспокойство в отношении заболевания и его неблагоприятного течения; 4) неврастенический тип отношения к болезни (b=-0,663), проявляющийся в вспышках раздражения в отношении окружающих; 5) меланхолический тип отношения к болезни (b=1,192) – тоскливое настроение и депрессивные высказывания; 6) апатический тип отношения к болезни (b=-1,298), для которого характерно безразличие к лечению, прогнозу заболевания и судьбе в целом; 7) сенситивный тип отношения к болезни (b=-0,598) – уязвимость в плане возможного мнения окружающих о болезни. Специфические проявления данных типов отношения к болезни являются более значимыми для пациентов с болезнью Паркинсона, с одной стороны, и более уязвимыми, с другой. Также необходим учет в построении психологических интервенций следующих системно-динамических характеристик психологической безопасности, в которых наиболее значимыми являются: интенсивность боли (b=-0,153), общее здоровье (b=0,191), жизнеспособность (b=0,229), социальное функционирование (b=0,325), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (b=0,070), психологическое здоровье (b=-0,341), физический компонент здоровья (b=0,444). Полученная регрессионная модель имеет высокую статистическую значимость.

Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с рассеянным склерозом представлен в таблице 12.

Таблица 12 − Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с рассеянным склерозом (частная модель комплекса мишеней)

Системно-динамическая характеристика	Коэффициенты уравнения, b	Отношение шансов	Уровень значимости, p
Физическое функционирование	0,389	1,475	0,000
Интенсивность боли	0,436	1,546	0,000
Управление окружением	-0,671	0,511	0,000
Жизнестойкость	0,205	1,228	0,002
Константа достоверна на уровне p = 0,002			

Исходя из данных, представленных в таблице 12, доверительный интервал для отношения шансов составляет 95 %, что позволяет говорить о высокой достоверности использования данной частной модели логистической регрессии для построения реабилитационных мероприятий для пациентов с рассеянным склерозом. В данной модели наиболее значимыми показателями являются системно-динамические характеристики психологической безопасности.

Наибольший вес для принятия дальнейших решений показали следующие системно-динамические характеристики: 1) физическое функционирование (b=0,389), отражающее восприятие пациентами физических ограничений; 2) интенсивность боли (b=0,436), при которой для пациентов характерна специфическая окраска болевых и дискомфортных ощущений; 3) управление окружением (b=-0,671), характеризующееся как способность пациента использовать сложившиеся обстоятельства и условия для своих целей; 4) весь спектр компонентов жизнестойкости (b=0,205), проявляющейся в вовлеченности, контроле и принятие риска. Полученная регрессионная модель имеет высокую статистическую значимость (доверительный интервал – 95 %).

Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с остеохондрозом позвоночника представлен в таблице 13.

Таблица 13 − Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с остеохондрозом позвоночника (частная модель комплекса мишеней)

Системно-динамическая характеристика	Коэффициенты уравнения, b	Отношение шансов	Уровень значимости, p
Интенсивность боли	-0,180	0,835	0,000
Социальное функционирование	-0,302	0,739	0,000
Принятие риска	-1,093	0,335	0,000
Константа достоверна на уровне p < 0,001			

На основании данных, представленных в таблице 13, доверительный интервал для отношения шансов составляет 95 %, что позволяет говорить о высокой достоверности использования данной частной модели для построения психологических интервенций для пациентов с остеохондрозом позвоночника. Наибольший вес для принятия дальнейших решений показали следующие системно-динамические характеристики: 1) интенсивность боли (b=-0,180), при которой для пациентов характерна специфическая окраска болевых и дискомфортных ощущений; 2) социальное функционирование (b=-0,302), отражающее качество жизни пациентов в области межличностных отношений и ограничений, накладываемых болезненным процессом на социальные контакты; 3) принятие риска (b=-1,093) как отражение жизнестойкости пациентов, проявляющейся в решительности следовать намеченному плану даже в ситуации отсутствия гарантий успеха. Полученная регрессионная модель имеет высокую статистическую значимость (доверительный интервал – 95 %).

Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта представлен в таблице 14.

Таблица 14 − Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта (частная модель комплекса мишеней)

Системно-динамическая характеристика	Коэффициенты уравнения, b	Отношение шансов	Уровень значимости, p
Физическое функционирование	-1,090	0,478	0,015
Депрессия	-6,141	0,731	0,010
Константа достоверна на уровне p = 0,004			

На основании данных, представленных в таблице 14, доверительный интервал для отношения шансов составляет 95 %.

Наибольший вес для принятия дальнейших решений показали следующие системно-динамические характеристики: 1) физическое функционирование (b=-10,907), отражающее восприятие пациентами физических ограничений; 2) проявления депрессии (b=-61,412), наибольшее значение у которых имеют ангедонические тенденции. Полученная регрессионная модель имеет высокую статистическую значимость (доверительный интервал – 95 %).

Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта представлен в таблице 15.

Таблица 15 − Коэффициент уравнения логистической регрессии системно-динамических характеристик внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности пациентов с головокружением и нарушением устойчивости (частная модель комплекса мишеней)

Системно-динамическая характеристика	Коэффициенты уравнения, b	Отношение шансов	Уровень значимости, p
Анозогнозический тип отношения к болезни	0,766	2,152	0,000
Эргопатический тип отношения к болезни	-0,519	0,595	0,000
Восприятие преимуществ	-0,286	0,751	0,038

Окончание таблицы 15

Депрессия	1,731	5,645	0,000
Когнитивный дефицит	-0,814	0,443	0,000
Константа достоверна на уровне р = 0,016			

На основании данных, представленных в таблице 15, доверительный интервал для отношения шансов составляет 95 %, что позволяет говорить о высокой достоверности использования данной частной модели логистической регрессии для построения психологических интервенций для пациентов с головокружением и нарушением устойчивости.

Наибольший вес для принятия дальнейших решений показали следующие системно-динамические характеристики: 1) анозогнозический тип отношения к болезни (b=0,766); 2) эргопатический тип отношения к болезни (b=-0,519); 3) восприятие преимуществ (b=-0,286); 4) эмоциональная сфера – проявления депрессии (b=1,731); 5) когнитивная сфера – когнитивный дефицит (b=-0,814). Полученная регрессионная модель имеет высокую статистическую значимость (доверительный интервал – 95 %).

Таким образом, для всех групп пациентов с неврологической патологией были обнаружены множественные взаимосвязи между системно-динамическими характеристиками внутренней картины болезни и психологической безопасности, которые в соответствии с теоритической и концептуальной моделью исследования соотносятся со следующими сферами функционирования личности: когнитивной, эмоционально-сензитивной и мотивационно-поведенческой. Нет ни одной системно-динамической характеристики внутренней картины болезни, отражающей когнитивную сферу, которая бы не была взаимосвязана с когнитивными системно-динамическими характеристиками психологической безопасности. Подобная взаимосвязь характерна также для эмоционально-сенситивной и мотивационно-поведенческой сфер, что позволяет рассматривать внутреннюю картину болезни пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности.

Нами был получен большой массив данных, отражающий особенности ВКБ в контексте психологической безопасности. Выявленные особенности использовались для построения модели психологических интервенций для каждой группы пациентов.

3.4 Апробация модели комплекса мишеней психологических интервенций в динамическом исследовании пациентов с неврологической патологией

На основе учета взаимосвязи системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности и данных логистической регрессии, лежащей в основе нейронной сети, сконструирована модель комплекса мишеней психологических интервенций, которая использовалась для всех пациентов с неврологической патологией и для конкретных нозологических групп.

Методы психологических интервенций были подобраны в соответствии с моделью, отражающей схему принятия решений по выбору мишеней и представленной на рисунке 14.



Рисунок 14 − Модель комплекса мишеней психологических интервенций (схема принятия решений)

Применение общей модели комплекса мишеней является первоначальным шагом, который в одинаковой степени необходим для всех пациентов с неврологической патологией вне зависимости от заболевания, где основными мишенями являются следующие системно-динамические характеристики: физическое функционирование, автономия, анозогнозия и апатия.

Следующий шаг включает в себя применение частной модели комплекса мишеней, предназначенной для конкретных заболеваний.

Для пациентов с болезнью Паркинсона частная модель комплекса мишеней психологических интервенций в первую очередь включает в себя учет следующих характеристик: эргопатический, анозогнозический, тревожный, неврастенический, меланхолический, астенический, сенситивный типы отношения к болезни, интенсивность боли, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психологическое здоровье, психологический компонент здоровья. Ресурсными системно-динамическими характеристиками являются: когниции принятия, физический компонент качества жизни, все компоненты жизнестойкости (контроль, вовлеченность, принятие риска), автономия, представления о благосклонности и осмысленности мира, ценности собственного Я; дефицитарными – тревожный тип отношения к болезни, неврастенический тип отношения к болезни, апатический тип отношения к болезни, симптомы депрессии и депрессии, когниции беспомощности, физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, физический компонент качества жизни, недостаток целей в жизни, личностного роста и позитивных отношений.

Для пациентов с рассеянным склерозом частная модель комплекса мишеней психологических интервенций в первую очередь включает в себя учет следующих характеристик: 1) физическое функционирование; 2) интенсивность боли; 3) управление окружением; 4) весь спектр компонентов жизнестойкости, проявляющейся в вовлеченности, контроле и принятие риска. Ресурсными системно-динамическими характеристиками являются: эргопатический тип

отношения к болезни, анозогнозический тип отношения к болезни, когниции принятия, автономия, вовлеченность, принятие риска, контроль, самопринятие, управление окружением; дефицитарными – неврастенический тип отношения к болезни, апатический тип отношения к болезни, сенситивный тип отношения к болезни, эгоцентрический тип отношения к болезни, паранойяльный тип отношения к болезни, когниции беспомощности, симптомы депрессии, когнитивный дефицит, физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, физический компонент качества жизни, интенсивность боли, недостаток личностного роста, целей в жизни, позитивных отношений.

Для пациентов с остеохондрозом позвоночника частная модель комплекса мишеней психологических интервенций включает в себя учет следующих компонентов: 1) интенсивность боли; 2) социальное функционирование; 3) принятие риска. Ресурсными системно-динамическими характеристиками являются: анозогнозический тип отношения к болезни, сохранность когнитивной сферы, когниции принятия, убеждения о благосклонности, осмысленности мира и ценности собственного «Я», принятие, контроль и вовлеченность, самопринятие и управление окружением, позитивные отношения, физический компонент качества жизни; дефицитарными – тревожный тип отношения к болезни, ипохондрический тип отношения к болезни, сенситивный тип отношения к болезни, паранойяльный тип отношения к болезни, симптомы тревоги и депрессии, недостаток личностного роста, целей в жизни, физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, физический компонент качества жизни.

Для пациентов с последствиями инсульта частная модель комплекса мишеней психологических интервенций включает в себя учет следующих компонентов: 1) физическое функционирование; 2) симптомы депрессии. Ресурсными системно-динамическими характеристиками являются: когниции принятия, когниции восприятия преимуществ, убеждения о благосклонности, осмысленности мира и ценности собственного «Я», принятие, контроль и

вовлеченность, самопринятие, автономия, управление окружением, психологический компонент качества жизни; дефицитарными – тревожный тип отношения к болезни, ипохондрический тип отношения к болезни, неврастенический тип отношения к болезни, дисфорический тип отношения к болезни, когнитивный дефицит, симптомы тревоги и депрессии, ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, интенсивность боли, нехватка целей в жизни и позитивных отношений.

Для пациентов с головокружением и нарушением устойчивости частная модель комплекса мишеней психологических интервенций включает в себя учет следующих компонентов: 1) анозогнозический, эргопатический типы отношения к болезни; 2) восприятие преимуществ; 3) симптомы депрессии; 5) когнитивная сфера – когнитивный дефицит, влияющий на восприятие себя и своего состояния. Ресурсными системно-динамическими характеристиками являются: когниции принятия, когниции восприятия преимуществ, вовлеченность, контроль и принятие риска, автономия, управление окружением, психологический компонент качества жизни; дефицитарными – тревожный тип отношения к болезни, ипохондрический тип отношения к болезни, неврастенический тип отношения к болезни, эгоцентрический тип отношения к болезни, симптомы тревоги и депрессии, физический компонент качества жизни, нехватка ощущения личностного роста и целей в жизни, позитивных отношений.

Таким образом, применение представленной на рисунке 14 и отражающей модель комплекса мишеней психологических интервенций структурной схемы позволило подобрать необходимый спектр психологических интервенций для стабилизации внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с неврологической патологией. Далее была определена достоверность различий характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности до и после проведения психологических интервенций у пациентов с болезнью Паркинсона представлена в таблице 16.

Таблица 16 – Динамика характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с болезнью Паркинсона в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Сенситивный тип отношения	5	0,00000	2,022600	0,043115
Дисфорический тип отношения	7	0,00000	2,366432	0,017961
Восприятие преимуществ	15	5,50000	3,095392	0,001966
Беспомощность	10	0,00000	2,803060	0,005062
Симптомы тревоги	8	0,00000	2,520504	0,011719
Симптомы депрессии	13	0,00000	3,179797	0,001474
Интенсивность боли	15	4,50000	3,152188	0,001621
Жизненная активность	6	0,00000	2,201398	0,027709
Социальное функционирование	14	0,00000	3,295765	0,000982
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	14	0,00000	3,295765	0,000982
Психологическое здоровье	12	0,00000	3,059412	0,002218
Физический компонент качества жизни	9	0,00000	2,665570	0,007686
Благосклонность мира	12	0,00000	3,059412	0,002218
Осмысленность мира	6	0,00000	2,201398	0,027709
Ценность собственного Я	7	0,00000	2,366432	0,017961
Позитивные отношения	0			
Автономия	11	0,00000	2,934058	0,003346
Личностный рост	5	0,00000	2,022600	0,043115
Общий показатель психологического благополучия	12	0,00000	3,059412	0,002218
Вовлеченность	14	0,00000	3,295765	0,000982
Контроль	13	0,00000	3,179797	0,001474
Принятие риска	14	0,00000	3,295765	0,000982
Общий показатель жизнестойкости	14	0,00000	3,295765	0,000982

Примечание – все различия достоверно значимы при $p < 0{,}05$

На основании данных, представленных в таблице 16, обнаружены достоверные различия в характеристиках ВКБ в контексте психологической безопасности. После психологических интервенций у пациентов с болезнью Паркинсона отмечается снижение таких показателей, как сенситивный (p=0,043) и

дисфорический типы (р=0,017) отношения к болезни, когниции беспомощности (р=0,005), симптомы тревоги (р=0,011719) и депрессии (р=0,001474), интенсивность боли (р=0,001621). Повышаются компоненты качества жизни (физический (р=0,007686), социальное (р=0,000982) и ролевое функционирование (р=0,000982), жизненная активность(р=0,027709)), все показатели благополучия и жизнестойкости.

Достоверность различий характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности до и после проведения психологических интервенций у пациентов с рассеянным склерозом представлена в таблице 17.

Таблица 17 − Динамика характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с рассеянным склерозом в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Эгоцентрический тип отношения	6	0,00000	2,201398	0,027709
Паранойяльный тип отношения	5	0,00000	2,022600	0,043115
Принятие	5	0,00000	2,022600	0,043115
Восприятие преимуществ	7	0,00000	2,366432	0,017961
Физическое функционирование	5	0,00000	2,022600	0,043115
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	12	0,00000	3,059412	0,002218
Жизненная активность	10	0,00000	2,803060	0,005062
Социальное функционирование	12	0,00000	3,059412	0,002218
Психологическое здоровье	10	0,00000	2,803060	0,005062
Физический компонент качества жизни	10	0,00000	2,803060	0,005062
Самопринятие	11	0,00000	2,934058	0,003346
Общий показатель психологического благополучия	8	0,00000	2,520504	0,011719
Вовлеченность	10	0,00000	2,803060	0,005062
Принятие риска	7	0,00000	2,366432	0,017961

Примечание – все различия достоверно значимы при р <0,05

Исходя из данных, представленных в таблице 17, обнаружены достоверные различия в характеристиках ВКБ в контексте психологической безопасности. У пациентов с рассеянным склерозом после психологических интервенций

отмечается повышение когниций принятия (p=0,04) и восприятия преимуществ болезни (p=0,01), компонентов качества жизни (при p<0,05), общий показатель психологического благополучия с компонентом самопринятия, вовлеченность и принятие риска (при p<0,05), снижение эгоцентрического (p=0,027) и паранойяльного (p=0,043) типов отношения к болезни.

У пациентов с остеохондрозом позвоночника достоверность различий характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности показателях до и после проведения психологических интервенций представлена в таблице 18.

Таблица 18 − Динамика характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с остеохондрозом позвоночника в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Эргопатический тип отношения	16	0,00000	3,516196	0,000438
Анозогнозический тип отношения	11	0,00000	2,934058	0,003346
Ипохондрический тип отношения	5	0,00000	2,022600	0,043115
Неврастенический тип отношения	5	0,00000	2,022600	0,043115
Паранойяльный тип отношения	6	0,00000	2,201398	0,027709
Дисфорический тип отношения	9	0,00000	2,665570	0,007686
Принятие	10	5,50000	2,242448	0,024933
Восприятие преимуществ	15	0,00000	3,407771	0,000655
Беспомощность	15	0,00000	3,407771	0,000655
Симптомы тревоги	8	0,00000	2,520504	0,011719
Симптомы депрессии	11	0,00000	2,934058	0,003346
Физическое функционирование	5	0,00000	2,022600	0,043115
Интенсивность боли	5	0,00000	2,022600	0,043115
Физический компонент качества жизни	6	0,00000	2,201398	0,027709
Психологический компонент качества жизни	6	1,00000	1,991741	0,046400
Благосклонность мира	6	0,00000	2,201398	0,027709
Автономия	7	0,00000	2,366432	0,017961
Принятие риска	14	0,00000	3,295765	0,000982
Общий показатель жизнестойкости	15	0,00000	3,407771	0,000655

Примечание – все различия достоверно значимы при p <0,05

У пациентов с остеохондрозом позвоночника Отмечаются положительные изменения в эргопатическом (p=0,0004) и анозогнозическом (p=0,003) типах отношения к болезни, когнициях принятия (p=0,02) и восприятия преимуществ болезни (p=0,04006), психологическом (p=0,04) и физическом (p=0,02) компоненте качества жизни, общем показателе жизнестойкости с автономией и принятием риска (при p<0,05). Снизились ипохондрический (p=0,04), неврастенический (p=0,04), паранойяльный (p=0,02), дисфорический (p=0,007) типы отношения к болезни, беспомощность (p=0,0006), симптомы тревоги (p=0,01) и депрессии (p=0,003), интенсивность боли (p=0,04).

У пациентов с последствиями инсульта достоверность различий характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности показателях до и после проведения психологических интервенций безопасности представлена в таблице 19.

Таблица 19 − Динамика характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Восприятие преимуществ	8	0,00000	2,520504	0,011719
Интенсивность боли	12	0,00000	3,059412	0,002218
Социальное функционирование	12	0,00000	3,059412	0,002218
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	12	0,00000	3,059412	0,002218
Психологическое здоровье	6	0,00000	2,201398	0,027709
Физический компонент качества жизни	9	0,00000	2,665570	0,007686
Психологический компонент качества жизни	8	0,00000	2,520504	0,011719
Благосклонность мира	10	0,00000	2,803060	0,005062
Осмысленность мира	10	0,00000	2,803060	0,005062
Общий показатель психологического благополучия	8	0,00000	2,520504	0,011719
Вовлеченность	10	0,00000	2,803060	0,005062
Контроль	12	0,00000	3,059412	0,002218

Окончание таблицы 19

Принятие риска	9	0,00000	2,665570	0,007686
Общий показатель жизнестойкости	9	0,00000	2,665570	0,007686

Примечание – различия достоверно значимы при p <0,05

На основании данных таблицы 19 психологические мероприятия позитивно сказываются на повышении таких характеристик, как качество жизни (социальное и ролевое функционирование, восприятие психологического и физического компонента здоровья), психологическом благополучии (благосклонность и осмысленность мира), жизнестойкости и всех ее компонентов (при p<0,05). Психологическая интервенция в меньшей степени по сравнению с другими группами повлияла на ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта, из всех дефицитарных характеристик отмечается изменение только по компоненту восприятия интенсивности боли.

У пациентов с головокружением достоверность различий характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности показателях до и после проведения психологических интервенций представлена в таблице 20.

Таблица 20 − Динамика характеристик ВКБ в контексте психологической безопасности пациентов с головокружением и нарушением устойчивости в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Паранойяльный тип отношения	7	0,00000	2,366432	0,017961
Дисфорический тип отношения	5	0,00000	2,022600	0,043115
Симптомы тревоги	7	0,00000	2,366432	0,017961
Физическое функционирование	5	0,00000	2,022600	0,043115
Интенсивность боли	10	0,00000	2,803060	0,005062
Жизненная активность	5	0,00000	2,022600	0,043115
Социальное функционирование	13	0,00000	3,179797	0,001474
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	13	0,00000	3,179797	0,001474
Психическое здоровье	8	0,00000	2,520504	0,011719
Физический компонент качества жизни	12	0,00000	3,059412	0,002218

Окончание таблицы 19

Психологический компонент качества жизни	13	0,00000	3,179797	0,001474
Благосклонность мира	7	0,00000	2,366432	0,017961
Осмысленность мира	5	0,00000	2,022600	0,043115
Ценность собственного Я	10	0,00000	2,803060	0,005062
Личностный рост	9	0,00000	2,665570	0,007686
Общий показатель психологического благополучия	10	0,00000	2,803060	0,005062
Вовлеченность	10	0,00000	2,803060	0,005062
Контроль	14	0,00000	3,295765	0,000982
Принятие риска	7	0,00000	2,366432	0,017961
Общий показатель жизнестойкости	10	0,00000	2,803060	0,005062

Примечание – различия достоверно значимы при $p < 0,05$

Обнаружены достоверные различия в характеристиках ВКБ в контексте психологической безопасности. У пациентов с головокружением после психологических интервенций отмечаются положительные изменения физического и психологического компонента качества жизни, базовых убеждений, психологического благополучия и жизнестойкости (при $p<0,05$), а также снижение как паранойяльного ($p=0,01$) и дисфорического ($p=0,04$) типов отношения к болезни, симптомов тревоги ($p=0,01$), интенсивности боли ($p=0,005$).

Таким образом, подтверждена возможность применения модели комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с неврологической патологией, отмечаются положительные изменения в ресурсных характеристиках ВКБ в контексте психологической безопасности, а также снижение дефицитарных характеристик, представляющих угрозу для жизнеосуществления человека.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение взаимосвязи ВКБ и психологической безопасности является актуальным с точки зрения неуклонного роста выраженности и частоты встречаемости неврологической патологии, недостаточной эффективности существующей системы профилактических и реабилитационных мероприятий [134], поскольку в большинстве интервенций учитываются зачастую только биологические (медицинские) факторы обеспечения здоровья или же только дефицитарные психологические характеристики [22, 80, 127, 162], что в целом снижает успешность проводимых мероприятий и повышает сложность диагностики. Подобная неоднозначность и несогласованность медицинских и психологических представлений о критериях эффективности реабилитации больных с неврологической симптоматикой приводит к необходимости тщательной разработки оснований интервенций, включающих ресурсы и дефициты внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией и психологической безопасности.

Эмпирические данные подтверждают результаты теоретического анализа о том, что этиология заболевания и его конкретные причины, лежащие в основе определения нозологической группы болезни, не имеет решающего значения в формировании субъективного образа заболевания (внутренней картины болезни), что подтверждается проведенными ранее исследованиями [12, 17, 81]. Внутренняя картина болезни является вторичным сложным динамическим конструктом, психологическим по своему происхождению, важную роль в формировании которого играет, прежде всего, субъективное отношение к своему заболеванию, его симптомам, причинам, течению и прогнозам.

Исследовались заболевания, сопровождающиеся неврологической симптоматикой, которая оказывает существенное влияние как на внутреннюю картину заболевания, так и на ощущение психологической безопасности, поэтому в рамках исследования решался вопрос относительно прогноза успешности психологических интервенционных мероприятий. Субъективное восприятие

может не соответствовать достоверным клиническим данным, поэтому важным представляется изучение взаимосвязи внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией и психологической безопасности.

В итоге в рамках исследовательской модели построена теоретическая модель исследования взаимосвязи ВКБ пациентов с неврологической патологией и психологической безопасности, проанализированы существующие исследования по проблеме изучения и психологических интервенций ВКБ, выявлены личностные особенности разных групп пациентов и их учет с точки зрения эффективности психологических мероприятий.

Результаты, полученные в ходе исследования, позволили сделать следующие выводы:

1. Устойчивость/неустойчивость состояния пациента в условиях болезни как процесс перехода к ощущению безопасности или стагнации переживания опасности обусловливает следующие характеристики ВКБ как отражения отношения к болезни в контексте психологической безопасности: проявления тревоги и депрессии, базовые стратегии когнитивной регуляции и когнитивный дефицит, качество жизни, базисные убеждения, психологическое благополучие и жизнестойкость. Взаимосвязь ВКБ и психологической безопасности, в одном случае, играет роль оптимизатора преодоления болезни, в другом – означает пессимистические прогнозы, сопровождаемые болью и страданием.

2. Особенности ВКБ и психологической безопасности у всех групп пациентов обусловлены, с одной стороны, спецификой болезни, ее течением и прогнозом, наличествующими неврологическими симптомами, утратой или сохранением способности заниматься привычной деятельностью, с другой – психологическими факторами. Клиническая картина заболевания и неврологической патологии определяет диффузность типов отношения к болезни, вариации базовых стратегий когнитивной регуляции, проявлений депрессии и тревоги, физического и психологического компонента качества жизни, специфику восприятия мира (благосклонность и осмысленность мира). Пациенты вне зависимости от патологии демонстрируют позитивное отношение к себе, своим

поступкам и качествам. Общий показатель жизнестойкости, базовые убеждения о ценности собственного «Я», позитивное отношение к себе, своим поступкам и качествам связаны с психологическими факторами, а не со спецификой заболевания.

3. У пациентов с болезнью Паркинсона особенность ВКБ и психологической безопасности заключается в преобладании тревожного типа отношения к болезни, что обуславливает изменения аффективной сферы (проявления тревоги и депрессии) и когнитивной сферы (беспомощность, сочетающаяся с принятием болезни), при этом их физическое состояние значительно ограничивает выполнение физических нагрузок. Пациенты верят в преобладание добра в мире и происходящих событиях, несмотря на то, что не находят в нем определенного смысла и справедливости. Отмечаются сложности в управлении средой, личностном росте, вовлеченности и нахождении целей в жизни.

4. В группе больных с рассеянным склерозом ВКБ и психологическая безопасность определяются преобладанием неврастенического типа отношения к болезни, анозогнозией, за счет которой стабилизируются эмоциональная и когнитивная сферы: они наименее подвержены тревоге и депрессии, отмечаются когниции восприятий преимуществ болезни. При этом пациенты испытывают затруднение в связи с интенсивностью боли, что снижает качество жизни, испытывают недостаток ощущения благосклонности мира, автономии и контроля.

5. Для пациентов с остеохондрозом позвоночника особенности ВКБ и психологической безопасности отражаются в анозогнозическом и ипохондрическом типами реакции на болезнь, принятии болезни или восприятии её преимуществ, контроле и принятие риска. Пациенты верят в преобладание добра и наполненность мира смыслом, что позволяет им регулировать эмоциональное и когнитивное состояние. При этом физическое состояние и болевой синдром ограничивают выполнение физических нагрузок, отмечается недостаток автономии и личностного роста.

6. У пациентов с последствиями инсульта особенностью ВКБ и психологической безопасности является демонстрация тревожного и ипохондрического типа отношения к заболеванию, что обусловливает специфику эмоциональной и когнитивной сферы (проявления тревоги и депрессии, дезадаптивные базовые стратегии когнитивной регуляции), однако для данной группы характерна убежденность в наличии смысла в мире. По сравнению с другими группами у пациентов с последствиями инсульта более сохранен психологический компонент качества жизни, но отмечаются сложности в принятии риска.

7. Особенности ВКБ и психологической безопасности пациентов с головокружением и нарушением устойчивости характеризуются эгоцентрическим, а также тревожным и неврастеническим типами отношения к болезни, что, с одной стороны, связано с вовлеченностью в любой процесс, а с другой – с проявлениями тревоги. Их эмоциональное состояние мешает повседневной деятельности, а когнитивная сфера обуславливает убеждения бессмысленности мира и отсутствия справедливости.

8. Наибольший вес для всех групп пациентов показали следующие характеристики: физическое функционирование, поскольку неврологическая патология изменяет, в первую очередь, физическое состояние; автономия, которая помогает противостоять негативному влиянию в принятии самостоятельных решений; анозогнозия, характеризующаяся поведением со вспышками раздражения, которые вызваны нарастанием симптоматики вследствие снижения способности к контролю собственных эмоций на физиологическом уровне; апатией, обусловленной, с одной стороны, возрастным фактором, с другой, проявлением морфофункциональных и нейрохимических изменений.

9. На основе анализа взаимосвязи ВКБ и психологической безопасности, определения ресурсных и дефицитарных показателей применима модель комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с неврологической патологией, далее необходимо использование частной модели

комплекса мишеней психологических интервенций для конкретных клинических групп.

10. В результате психологических интервенций на основании модели комплекса мишеней отмечаются положительные изменения в ресурсных характеристиках ВКБ в контексте психологической безопасности, а также снижение дефицитарных характеристик, представляющих угрозу для жизнеосуществления человека.

Исследовательская работа не претендует на полное разрешение проблемы исследования взаимосвязи ВКБ и психологической безопасности. Темами для дальнейшего исследования могут быть углубленное рассмотрение феноменологии субъективного восприятия состояния здоровья и болезни, создание методов экспресс-диагностики. Определение ресурсных и дефицитарных характеристик ВКБ и психологической безопасности позволяет внедрить в практику и повысить качество клинико-психологических психологических интервенций для пациентов с неврологической патологией. Результаты исследования могут быть использованы в практической работе клинических психологов, неврологов, психиатров и в учебном процессе при подготовке специалистов «клинической психологии» и повышении квалификации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агузумцян Р. В. Психологическая безопасность личности студента / Р. В. Агузумцян, А. С. Галстян, Е. Б. Мурадян // Вестник практической психологии образования. – 2010. – № 2. – С. 56–63.

2. Айсмонтас Б. Б. Социально-психологическое сопровождение студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья / Б. Б. Айсмонтас, М. А. Одинцова // Психологическая наука и образование. – 2017. – Т. 22, № 1. – С. 71–80.

3. Акимова К. К. Имплицитные национальные предубеждения как деструктивный фактор психологической безопасности личности [Электронный ресурс] / К. К. Акимова, Н. В. Козлова // Медицинская психология в России. – 2016. – № 2 (37). – 7 p. – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2016_2_37/nomer10.php (дата обращения: 04.02.2019).

4. Алексеева Т. Г. Спектр нейропсихологических нарушений при рассеянном склерозе / Т. Г. Алексеева, А. Н. Бойко, Е. И. Гусев // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2000. – Т. 100, № 11. – С. 15–20.

5. Алламов Р. Психологическая безопасность личности: познавательно-практическая постановка проблемы / Р. Алламов // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 5 (1). – С. 101–102.

6. Арпентьева М. Р. Психологическое консультирование: теория и практика психологической безопасности / М. Р. Арпентьева // Вестник Прикамского социального института. – 2017. – № 1 (76). – С. 128–136.

7. Аршава И. Ф. Психологический аспект сахарного диабета: проблемы и перспективы / И. Ф. Аршава, Я. Р. Аминева // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 6–9.

8. Асмолов А. Г. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека : учебное пособие / А. Г. Асмолов. – М. : Смысл, Академия, 2007. – 528 с.

9. Ачкасов Е. Е. Клинико-психологические аспекты реабилитации пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой / Е. Е. Ачкасов [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 4–9.

10. Баева И. А. Психологическая безопасность образовательной среды школы и ее психолого-педагогическое сопровождение / И. А. Баева, Л. А. Гаязова // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 3. – С. 1–14.

11. Баева И. А. Психология безопасности как основа анализа экстремальной ситуации / И. А. Баева // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2012. – № 145. – С. 6–18.

12. Богданов Р. Р. Нарушения аффективной сферы у пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона / Р. Р. Богданов, С. Ю. Борисова, С. В. Котов // Нервные болезни. – 2014. – Вып. 2. – С. 12–14.

13. Богомаз С. А. Психологическая безопасность и ее измерение с помощью Шкалы базисных убеждений / С. А. Богомаз, А. Г. Гладких // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 318. – С. 191–194.

14. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. «Coping stress» и теоретические подходы к его изучению / В. А. Бодров // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 122–133.

15. Бойко Е. А. Применение когнитивной гимнастики у больных после ишемического инсульта на санаторном этапе реабилитации / Е. А. Бойко [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – № 5. – С. 62–67.

16. Бокерия С. А. Концепция личностной безопасности в практике ООН / С. А. Бокерия // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Международные отношения. – 2017. – Т. 17, № 1. – С. 312–324.

17. Борисова М. Н. Отношение к болезни лиц с разной степенью тяжести последствий черепно-мозговой травмы / М. Н. Борисова // Альманах современной науки и образования. – 2010. – № 6 (37). – С. 58–59.

18. Будакова А. В. Психологическая безопасность как условие развития личностного потенциала / А. В. Будакова, Ю. В. Сметанова, С. А. Богомаз // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 338. – С. 156–159.

19. Булюбаш И. Д. Формы групповой психологической работы с пациентами, страдающими от последствий спинномозговой травмы / И. Д. Булюбаш // Трудный пациент. – 2014. – № 5. – С. 55–60.

20. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно. – 2-е изд. – М. : Академический проект, 2006. – 800 с.

21. Вакуленко О. Ю. Оценка психологического статуса пациентов с остеоартрозом в результате проведенного курса реабилитационных мероприятий / О. Ю. Вакуленко [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – № 9. – С. 64–68.

22. Ванюхина Н. В. Современные аспекты информационно-психологической безопасности детей / Н. В. Ванюхина, О. В. Григорьева // Ананьевские чтения – 2016: психология: вчера, сегодня, завтра : материалы международной научной конференции. Санкт-Петербург, 22–29 октября 2016 г. – Санкт-Петербург, 2016. – Т. 2. – С. 7–8.

23. Варакин Ю. Я. Клинико-эпидемиологическое исследование патологии нервной системы по данным скрининга открытой популяции / Ю. Я. Варакин [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2012. – Т. 6, № 1. – С. 6–12.

24. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Л. И. Вассерман [и др.] – СПб. : СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 32 с.

25. Весна Е. Б. Психологическое благополучие личности в экстремальных природно-климатических условиях жизнедеятельности / Е. Б. Весна, О. С. Ширяева // Вестник Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова. Сер.: Гуманитарные науки. – 2009. – № 2 (8). – С. 31–41.

26. Вишневская В. П. Психологическая безопасность как составляющая национальной безопасности / В. П. Вишневская // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. – 2012. – № 6–2. – С. 27–30.

27. Водопьянова Н. Е. Дисфункции ценностно-смысловой регуляции личности как риск психического выгорания и профессионального здоровья / Н. Е. Водопьянова // Здоровая личность. – СПб. : Изд-во «Речь», 2013. – С. 296–312.

28. Волков И. В. Биологическая и радиационная безопасность пациентов при интервенционных и минимально-инвазивных вмешательствах при заболеваниях и травмах позвоночника: опыт отделения нейрохирургии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России / И. В. Волков, И. Ш. Карабаев, С. С. Алексанин // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – № 3. – С. 38–46.

29. Воловикова М. И. Психологические исследования личности. История, современное состояние, перспективы : сборник научных трудов / М. И. Воловикова, А. Л. Журавлев, Н. Е. Харланченкова. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. – 640 с. – (Серия: Труды Института психологии РАН).

30. Воробьева О. В. Парадоксы клинических проявлений и диагностических критериев тревожных расстройств / О. В. Воробьева // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – № 31 (3). – С. 14–20.

31. Гольдблат Ю. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю. Гольдблат. – СПб. : Политехника, 2006. – 607 с.

32. Грачев Г. В. Личность и общество: информационно-психологическая безопасность и психологическая защита / Г. В. Грачев. – М. : ПЕР СЭ, 2003. – 304 с.

33. Громыко Е. В. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) / Е. В. Громыко, Э. А. Соколова // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – № 1 (31). – С. 37–44.

34. Деревнина Е. С. Когнитивные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е. С. Деревнина, Д. Г. Персашвили, Ю. Г. Шварц // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5. – С. 28–38.

35. Доклад о развитии человека. Реальное богатство народов: пути к развитию человека / пер. с англ. ; ПРООН. – М. : Издательство «Весь Мир», 2010. – 244 с.

36. Долматова Е. С. Особенности консультирования и психокоррекции депрессии у лиц пожилого возраста / Е. С. Долматова [и др.] // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, № 12. – С. 1704–1705.

37. Дуганова Ю. К. Жизнестойкость людей с разной психологической безопасностью / Ю. К. Дуганова // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2010. – № 5. – С. 130–133.

38. Елфимова Е. В. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность / Е. В. Елфимова, М. А. Елфимов // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18–25.

39. Ельникова О. Е. Особенности внутренней картины болезни у представителей разных групп здоровья / О. Е. Ельникова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – Вып. 5. – С. 16–21.

40. Ельникова О. Е. Психологические и психофизиологические особенности субъективной реакции на болезнь : монография / О. Е. Ельникова. – Елец : ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина», 2016. – 78 с.

41. Епифанов В. А. Реабилитация в неврологии / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 416 с.

42. Ермакова Н. Г. Психологическая коррекция в реабилитации больных с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта / Н. Г. Ермакова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2010. – № 128. – С. 83–92.

43. Ермакова Н. Г. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации / Н. Г. Ермакова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2008. – № 11 (68). – С. 32–42.

44. Зинченко Ю. П. Психология безопасности как социально-системное явление / Ю. П. Зинченко // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2011. – № 4. – С. 4–11.

45. Зинченко Ю. П. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А. Р. Лурия / Ю. П. Зинченко, Е. И. Первичко // Национальный психологический журнал. – 2012. – № 8. – С. 32–45.

46. Знаков В. В. Самопонимание субъекта как когнитивная и экзистенциальная проблема / В. В. Знаков // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 1. – С. 18–28.

47. Иванова С. С. Содержательные аспекты физического, психического и социального здоровья и возможности формирования их гармоничного соотношения / С. С. Иванова, А. В. Стафеева // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 11 (12). – С. 2729–2733.

48. Карапетян Л. В. Исследование благополучия в отечественной психологии / Л. В. Карапетян // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – 2017. – № 2 (40). – С. 132–137.

49. Карпенко Л. А. Краткий психологический словарь / Л. А. Карпенко, А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. – Ростов-на-Дону : ФЕНИКС, 1998. – 512 с.

50. Карсанов А. М. Система менеджмента качества и безопасность пациента в хирургии / А. М. Карсанов // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 6. – С. 33–37.

51. Кимберг А. Н. Психология безопасности личности: предмет и проблемы в перспективе субъектного подхода / А. Н. Кимберг // Человек. Сообщество. Управление. – 2010. – № 1. – С. 72–82.

52. Клочко В. Е. Смысловая теория мышления в трансспективе становления психологического познания: эпистемологический анализ / В. Е. Клочко // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2008. – № 2. – С. 87–101.

53. Кожевников В. Н. Психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с латерализацией болевого синдрома / В. Н. Кожевников, Г. В. Залевский, К. С. Карташова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – Вып. 28. – С. 64–68.

54. Кондратова Н. В. Международные цели безопасности пациентов: соблюдение требований стандартов JCI в многопрофильном стационаре / Н. В. Кондратова // Заместитель главного врача. – 2015. – № 10. – С. 24–32.

55. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага : Авиценум, 1983. – 405 с.

56. Кора Н. А. Генезис исследования проблемы личностной безопасности / Н. А. Кора // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 4. – С. 112–116.

57. Кора Н. А. Концептуальная модель личностной безопасности студенческой молодежи / Н. А. Кора // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2012. – № 2 (9). – С. 159–163.

58. Кора Н. А. Исследование личностной безопасности студентов в условиях угрозы распространения наркомании в образовательной среде вуза/ Н. А. Кора, Н. К. Щепкина // Казанский педагогический журнал. – 2015. – № 4. – С. 134–139.

59. Корытова Г. С. Психологическая безопасность и защищенность образовательной среды: факторы риска, угрозы и условия / Г. С. Корытова, Е. Ю. Закотнова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2015. – Вып. 9 (162). – С. 96–102.

60. Котова О. А. Особенности восприятия боли у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы / О. А. Котова, О. А. Теслова, К. М. Кубраков // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 14, вып. 3. – С. 65–71.

61. Кошелева М. А. Возможности применения методов рефлексотерапии в комплексном лечении больных с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в остром периоде : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Кошелева. – М., 2004. – 28 с.

62. Кузнєцов М. А. Психологічні механізми та детермінанти підтримки здоров'я людини / М. А. Кузнєцов, Л. М. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. – 2016. – Вип. 53. – С. 102–125.

63. Лазарева О. А. Эффективность санаторной реабилитации постинсультных больных в зависимости от психологического статуса / О. А. Лазарева, В. В. Белопасов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 21–24.

64. Левин О. С. Болезнь Паркинсона: современные подходы к диагностике и лечению / О. С. Левин [и др.] // Практическая медицина. – 2017. – Т. 1, № 1 (101). – С. 45–54.

65. Линде Н. Д. Основы современной психотерапии : учебное пособие / Н. Д. Линде. – М. : Академия, 2002. – 208 с.

66. Логинова И. О. Развитие представлений о жизненном самоосуществлении в процессе становления психологического познания / И. О. Логинова // Мир образования – образование в мире. – 2009. – № 1. – С. 176–184.

67. Лорина Л. В. Сравнительная характеристика нейропсихофизиологического статуса пациентов с рассеянным склерозом и болезнью Паркинсона / Л. В. Лорина, В. М. Бутова, Н. Т. Джапаралиева // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2013. – № 2. – С. 102–106.

68. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания : учебник / Р. А. Лурия. – М., 1944. – 126 с.

69. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – М. : Медицина, 1977. – С. 38.

70. Лядов К. В. Программы медицинской реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / К. В. Лядов // Вестник восстановительной медицины. – 2012. – № 1 (47). – С. 37–39.

71. Ляшенко Е. А. Предикторы развития когнитивных и аффективных нарушений при болезни Паркинсона / Е. А. Ляшенко [и др.] // Земский врач. – 2014. – № 3–4 (24). – С. 9–12.

72. Максимова С. Г. Риск социальной эксклюзии и социальная безопасность лиц пожилого возраста в регионах России / С. Г. Максимова, О. Е. Ноянзина // Society and Security Insights. – 2018. – Т. 1, № 1. – С. 73–84.

73. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.

74. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу ; пер. с англ. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2011. – 352 с.

75. Мелехин А. И. Перспективы лечения депрессии в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] / А. И. Мелехин // Государственная политика по развитию биомедицинских технологий в области профилактики старения и возраст-зависимых заболеваний : материалы научно-практической конференции. Москва, 22 сентября 2015 г. – М., 2015. – 2 с. – URL: https://www.clinmelehin.com/single-post/2015/09/16/Перспективы-лечения-депрессии-в-пожилом-и-старческом-возрасте-тезисы (дата обращения: 04.02.2019).

76. Мещерякова Э. И. Особенности когнитивной и эмоциональной сферы внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией / Э. И. Мещерякова [и др.] // Психология и психотехника. – 2018. – № 3. – С. 24–38.

77. Молчанова Ж. И. Качество жизни у больных рассеянным склерозом проживающих в северном регионе в зависимости от когнитивного статуса / Ж. И. Молчанова // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Т. 21. – С. 104–107.

78. Мясищев В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев. – М. : Академия, 1995. – 356 с.

79. Николаев Е. Л. Взаимодействие специалистов при медико-психологическом сопровождении больных рассеянным склерозом [Электронный ресурс] / Е. Л. Николаев, Н. В. Васильева // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 1. – 6 с. – URL.: https://elibrary.ru/download/elibrary_35425902_94672677.pdf (дата обращения: 04.02.2019)

80. Николаев Е. Л. Психотерапия в лечении и реабилитации больных рассеянным склерозом / Е. Л. Николаев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2017. – № 12. – С. 132–140.

81. Нодель М. Р. Апатия при болезни Паркинсона / М. Р. Нодель // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 6 (1). – С. 80–84.

82. Нодель М. Р. Апатия при болезни Паркинсона / М. Р. одель, Н. Н. Яхно // Неврологический журнал. – 2016. – № 1. – С. 80–84.

83. Ноянзина О. Е. Использование концепции Human Security в изучении социальной безопасности / О. Е. Ноянзина // Известия Алтайского государственного университета. – 2010. – № 2 (66), т. 1. – С. 199–202.

84. Одинцова М. А. Психология жизнестойкости : учебное пособие / М. А. Одинцова. – М. : ФЛИНТА ; Наука, 2015. – 296 с.

85. Падун М. А. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман / М. А. Падун, А. В. Котельникова // Психологический журнал. – 2008. – Т. 29, № 4. – С. 98–107.

86. Папоян В. Р. Образовательная система с точки зрения обеспечения психологической безопасности личности студента / В. Р. Папоян, Е. Б. Мурадян // Безопасность личности: состояние и возможности обеспечения : материалы международной научно-практической конференции. Пенза – Ереван – Колин, 10–11 мая 2012 г. – Пенза – Ереван – Колин, 2012. – С. 44–49.

87. Пархоменко А. Н. Социально-психологические факторы комплаенса у неврологических больных / А. Н. Пархоменко, А. Х. Умбеткалиева // Педагогические науки. – 2017. – № 6. – С. 97–103.

88. Пахомов А. А. Патогенетические закономерности формирования внутренней картины болезни при различных вариантах когнитивной переработки соматической патологии / А. А. Пахомов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2009. – Т. 11, № 1. – С. 148–153.

89. Первичко Е. И. Культурно-деятельностный подход к проблеме регуляции эмоций: теоретическое обоснование и эмпирическая верификация концептуальной модели / Е. И. Первичко // Национальный психологический журнал. –2016. – № 2 (22). – С. 3–17.

90. Повереннова И. Е. Раннее выявление когнитивных нарушений у больных с рассеянным склерозом / И. Е. Повереннова, Т. В. Романова, А. В. Захаров, Е. В. Хивинцева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, № 3. – С. 164–168.

91. Простомолотов В. Ф. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, профилактика) : руководство для психологов и врачей / В. Ф. Простомолотов. – Одесса : КП ОГТ, 2007. – 296 с.

92. Психология здоровья : учебник / Л. И. Августова [и др.]; под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.

93. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие / А. С. Нелюбина [и др.]; под ред. В. В. Николаевой. – М. : Академический проект, 2009. – 311 с.

94. Психотерапия / В. А. Абабков [и др.]; под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 544 с.

95. Пухарева Т. С. Психологическая безопасность и ее роль в профессиональном развитии личности / Т. С. Пухарева // Психолог. – 2016. – № 2. – С. 9–19.

96. Радюк М. А. Немоторные проявления болезни Паркинсона / М. А. Радюк, С. Н. Светозарский, С. В. Копишинская // Медицинский альманах. – 2014. – Вып. 3 (33). – С. 54–57.

97. Рассказова Е. И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения / Е. И. Рассказова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 43–56.

98. Резникова Т. Н. О значении осознанных и неосознанных эмоциональных процессах при рассеянном склерозе / Т. Н. Резникова, Н. А. Селиверстова // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2017. – Т. 9, № 3. – С. 53–58.

99. Резникова Т. Н. Осознанные и неосознанные компоненты «внутренней картины болезни» у больных рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова, В. И. Семиволос, Н. А. Селиверстова // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 33. – С. 51–56.

100. Резникова Т. Н. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107 (7), № 36. – С. 36–42.

101. Романова Е. С. Система психологической помощи больным с травматической болезнью спинного мозга в специализированном реабилитационном центре / Е. С. Романова [и др.] ; под общ. ред. Г. Е. Ивановой, В. В. Крылова, М. Б. Цыкунова, Б. А. Поляева // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / В. В. Крылов [и др.]. – М. : Московские учебники и картолитография, 2010. – С. 619–639.

102. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – М., 1973. – 569 с.

103. Сагалакова О. А. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности / О. А. Сагалакова [и др.] // Вопросы психологии. – 2016. – № 6. – С. 163–176.

104. Самыгин С. И. Социальная безопасность в системе социально-гуманитарного знания о безопасности / С. И. Самыгин, О. В. Степанов // Социально-гуманитарные знания. – 2014. – № 11. – С. 54–59.

105. Сараева Н. М. Влияние экологически неблагоприятной среды на психологическую адаптацию человека / Н. М. Сараева, А. А. Суханов, Э. А. Мыскина // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. – 2015. – № 4 (81). – С. 150–161.

106. Семке В. Я. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы / В. Я. Семке [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1 (64). – С. 57–62.

107. Синякова М. Г. Теоретические аспекты изучения проблемы психологической безопасности личности / М. Г. Синякова, В. С. Кошкаров // Техносферная безопасность. – 2015. – № 3 (8). – С. 68–74.

108. Сирота Н. А. Психодиагностика базисных убеждений о болезни (результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни) / Н. А. Сирота, Д. В. Московченко // Национальный психологический журнал. – 2014. – № 2 (14). – С. 70–79.

109. Ситнова М. А. Постинсультная боль в области плеча: патогенез, принципы лечения / М. А. Ситнова, О. Р. Есин, Р. Г. Есин // Практическая медицина. – 2014. – Вып. 2 (78). – С. 48–51.

110. Собенников В. С. Соматизация и психосоматические расстройства : монография / В. С. Собенников, Ф. И. Белялов. – Иркутск : РИО ИГИУВа, 2010. – 230 с.

111. Созинова Е. В. Эмоционально-мотивационная сфера пациентов с болезнью Паркинсона / Е. В. Созинова, Ж. М. Глозман // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32, № 3. – С. 106–113.

112. Соловьева С. Л. Психологическая реабилитация в психиатрической клинике / С. Л. Соловьева // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2016. – Т. 48, № 3. – С. 82–87.

113. Соловьева С. Л. Самостигматизация как фактор превращения личности здорового в личность больного / С. Л. Соловьева // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2017. – Т. 49, вып. 1. – С. 49–56.

114. Стаховская Л. В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2010) / Л. В. Стаховская [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 5. – С. 4–10.

115. Степин В. С. История и философия науки : учебник / В. С. Степин. – М. : Академический проект ; Трикста, 2011. – 423 с.

116. Сточик А. М. Научная революция в медицине последней четверти XIX – первой половины XX века: новые подходы к диагностике и лечению болезней / А. М. Сточик, С. Н. Затравкин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 24 (2). – С. 119–125.

117. Стоянова И. Я. Личностные факторы риска парасуицидальности (антивитальности) и снижения психологической безопасности студентов в образовательной среде / И. Я. Стоянова [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 4 (89). – С. 112–116.

118. Стоянова И. Я. Психологическая безопасность как фактор психического здоровья в научной и практической работе медицинских психологов / И. Я. Стоянова // Современные проблемы клинической психологии и психологии личности : материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Новосибирск, 14–15 сентября 2017 г. – Новосибирск, 2017. – С. 353–358.

119. Стоянова И. Я. Предикторы психологической безопасности у пациентов депрессивного спектра [Электронный ресурс] / И. Я. Стоянова,

Н. С. Смирнова // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 1. – 14 с. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_35425899_20289742.pdf (дата обращения: 04.02.2019)

120. Строкова Е. В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца / Е. В. Строкова, Е. А. Наумова, Ю. Г. Шварц // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 1 (09). – С. 20–26.

121. Судьин С. А. Гендерный аспект социологии медицины и здоровья / С. А. Судьин // Женщина в российском обществе. – 2012. – № 4. – С. 24–31.

122. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л. : Медицина, 1984. – 191 с.

123. Терехина О. В. Психологическая безопасность как фактор психического здоровья людей, проживающих в условиях риска техногенно-экологической угрозы: автореф. дис. … канд. психол. наук / О. В. Терехина. – Томск, 2016. – 23 с.

124. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 142 с.

125. Филатов Р. Феномен болезни в различных системах знания / Р. Филатов // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 2 (33). – С. 5–33.

126. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабиров. – Казань : Казанская государственная медицинская академия, 2001. – 472 с.

127. Хамидулла А. А. Современные аспекты диагностики и лечения рассеянного склероза / А. А. Хамидулла // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2016. – № 1 (42). – С. 24–30.

128. Чухрова М. Г. Психоэмоциональные и личностные характеристики при хронических болях в спине / М. Г. Чухрова // Мир науки, культуры, образования. – 2010. – № 1 (20). – С. 238–240.

129. Штрахова А. В. Психосемантика боли в структуре внутренней картины болезни у неврологических больных / А. В. Штрахова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2009. – № 30. – С. 76–82.

130. Эксакусто Т. В. Психологическая безопасность: принципы исследования, дефиниции, модель / Т. В. Эксакусто // Вестник Пятигорского государственного университета. – 2009. – № 3. – С. 331–334.

131. Эксакусто Т. В. Теоретические основы социально-психологической безопасности : монография / Т. В. Эксакусто ; под ред. Н. А. Лызь. – Таганрог : Таганрог. технолог. институт ЮФУ, 2011. – 244 с.

132. Эксакусто Т. В. Психологическая безопасность в проблемном поле психологии / Т. В. Эксакусто, Н. А. Лызь // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 37. – С. 86–91.

133. Ялтонский В. М. Субъективное восприятие болезни как угрозы у больных раком предстательной железы / В. М. Ялтонский, Л. С. Богданова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании : сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 24-25 ноября 2011 г. – М., 2011. – С. 101–105.

134. Atlas: country resources for neurological disorders. – 2nd ed. – Geneva: World Health Organization, 2017. – 74 p.

135. Baluev D. Political role of social media as a field of research / D. Baluev // Educational Technology and Society. – 2013. – Vol. 16, № 2. – P. 604–616.

136. Carter S. A question of choice – compliance in medicine taking, a preliminary review [Electronic resource] / S. Carter, D. Taylor, R. Levenson. – London : University of London School of pharmacy, 2001. – 87 p. – URL: https://www.researchgate.net/publication/238091876_A_question_of_choice_-_compliance_in_medicine_taking (access date: 04.02.2019).

137. Castelnuovo G. Psychological Considerations in the Assessment and Treatment of Pain in Neurorehabilitation and Psychological Factors Predictive of Therapeutic Response: Evidence and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation [Electronic resource] / G. Castelnuovo [et al.] // Frontiers in Psychology. – 2016. – Vol. 19 (7). – Article number 00468. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4835496 (access date: 04.02.2019)

138. Di Luca M. Towards earlier diagnosis and treatment of disorders of the brain / M. Di Luca, D. Nutt, W. Oertel, P. Boyer, J. Jaarsma, F. Destrebecq, G. Esposito, V. Quoidbach // Bulletin of the World Health Organization. – 2018. – № 96. – 298 p.

139. Evers A. W. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases / A. W. Evers, F. W. Kraaimaat, W. van Lankveld, P. J. Jongen, J. W. Jacobs, J. W. Bijlsma // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2001. – Vol. 69, № 6. – P. 1026–1036.

140. Fisher K. The impact of social threat on worldview and ideological attitudes / K. Fisher, L. Linville // Political Psychology. – 2010. – Vol. 24. – P. 199–222.

141. Fhobias [Electronic resource] / MedlinePlus. National Institutes of Health. – 2011. – URL: https://medlineplus.gov/phobias.html#summary (access date: 04.02.2019).

142. Gillham S. Psychological care after stroke: improving stroke services for people with cognitive and mood disorders / S. Gillham, L. Clark. – Leicester : NHS Improvement – Stroke, 2011. – 27 p.

143. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / A. A. Abajobir [et al.] // Lancet. – 2017. – Vol. 390. – Article number 10100. – P. 1260–1344.

144. Griffin B. A mental model of factors associated with subjective life expectancy / B. Griffin, V. Loh, B. Hesketh // Social Science and Medicine. – 2013. – Vol. 82. – P. 79–86.

145. Hansell J. Abnormal psychology / J. Hansell, L. Damour. – N. Y. : John Wiley & Sons, 2008. – 719 p.

146. Hyde A. Evaluation of the efficacy, safety and tolerability of herbal medicine for management of the behavioral and psychological symptoms of dementia / A. Hyde. – Melbourne: RMIT University, 2018. – 347 p. – URL: http://researchbank.rmit.edu.au/eserv/rmit:162454/Hyde.pdf (access date: 04.02.2019)

147. Jamora C. W. Pain and mild traumatic brain injury: The implications of pain severity on emotional and cognitive functioning / C. W. Jamora [et al.] // Brain Injury. – 2013. – Vol. 27, is. 10. – P. 216–223.

148. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Application of the schema construct / R. Janoff-Bulman // Social Cognition. – 1989. – Vol. 7, № 2. – P. 113–136.

149. Janoff-Bulman R. Rebuilding shattered assumption after traumatic life events: Coping process and outcomes / R. Janoff-Bulman; C.R. Snyder (Ed.). – N. Y. : Oxford University Press, 1998. – 305 p.

150. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma / R. Janoff-Bulman. – N.Y. : OxfordUniversity Press, 1992. – 276 p.

151. Janoff-Bulman R. Psychometric review of world assumptions scale / R. Janoff-Bulman // Measurement of Stress, Trauma and Adaptation; B. H. Stamm (Ed.). – Lutherville, MD: Sidran Press, 1996. – P. 440–442.

152. Jensen M. P. Psychosocial Factors and Adjustment to Chronic Pain in Persons With Physical Disabilities : A Systematic Review / M. P. Jensen [et al.] // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2011. – Vol. 92. – P. 146–160.

153. Johnson B. T. What are the keys to a longer, happier life? Answers from five decades of health psychology research / B. T. Johnson, R. L. Acabchuk // Social Science and Medicine. – 2018. – Vol. 196. – P. 218–226.

154. Kagawa-Singer M. The Cultural Framework for Health: An Integrative Approach for Research and Program Design and Evaluation / M. Kagawa-Singer, W. W. Dressler, S. M. George, W. N. Elwood. – Bethesda : National Institute of Health, 2014. – 320 p.

155. Kobasa S. C. Type A and Hardiness / S. C. Kobasa, S. R. Maddi, M. A. Zola // Journal of Behavioral Medicine. – 1983. – Vol. 6, № 1. – P. 41–51.

156. Leventhal H. The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal // The self-regulation of health and illness behavior. – N. Y.: Routledge, 2003. – P. 42–65.

157. Lowe R. Information processing in illness representation: Implications from an associative-learning framework / R. Lowe, P. Norman // Health Psychology. – 2017. – Vol. 36 (3). – P. 280–290.

158. Maercker X. C. Personal value orientations as mediated predictors of mental health: A three-culture study of Chinese, Russian, and German university students / X. C. Maercker, Z. Zhang, Y. Gao, S. Kochetkov, Z. Lu, S. Sang, S. Yang, J. Schneider // International Journal of Clinical and Health Psychology. – 2015. – Vol. 15. – P. 8–17.

159. Mental health and elderly people [Electronic resource] // World Health Organization. – Newsletter : December 12, 2017. – URL: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults (access date: 04.02.2019).

160. Morgan V. What does it take? How to obtain nursing buy-in and compliance of nevrological and vital sign assessment and re-assessment for the stroke patient / V. Morgan // Stroke. – 2018. – Vol. 48. – 382 p.

161. Morris R. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) / R. Morris, J. Weinman, K. J. Petrie, R. Horne, L. D. Cameron, D. Buick // Psychology and Health. – 2002. – Vol. 17. – P. 1–16.

162. Napier A. D. Culture and health / A. D. Napier, C. Ancarno, B. Butler, J. Calabrese, A. Chater, H. Chatterjee [et al.] // Lancet. – 2014. – Vol. 384. – P. 1607–1639.

163. Matcham F. Self-help interventions for symptoms of depression, anxiety and psychological distress in patients with physical illnesses: A systematic review and meta-analysis / F. Matcham [et al.] // Clinical Psychology Review. – 2014. – Vol. 34. – P. 141–157.

164. Newman A. Psychological safety : A systematic review of the literature / A. Newman, R. Donohue, N. Eva // Human Resource Management Review. – 2017. – Vol. 27, is. 3. – P. 521–535.

165. O'Dell M. W. Stroke Rehabilitation: Strategies to Enhance Motor Recovery / M. W. O'Dell, C. D. Lin, V. Harrison // The Annual Review of Medicine. – 2009. – Vol. 60. – P. 55–68.

166. Ormstad H. A biopsychosocial model of fatigue and depression following stroke / H. Ormstad, G. Eilertsen // Medical Hypotheses. – 2015. – Vol. 85, is. 6. – P. 835–841.

167. Pagnini F. Amiotrophic Lateral Schlerosis: Understanding and Optimization Quality of Life and Psycological Weel-being / F. Pagnini, Z. Simmons. – Oxford University Press, 2018. – 300 p.

168. Porges S. W. Clinical Insights from the Polyvagal Theory : The Transformative Power of Feeling Safe/ S. W. Porges. – N. Y.: Norton, 2014. – 288 p.

169. Präg P. Income and income inequality as social determinants of health. Do social comparisons play a role? / P. Präg, M. Mills, R. Wittek // European Sociological Review. – 2014. – Vol. 30 (2). – P. 218–229.

170. Rossini P. M. Post-stroke plastic reorganisation in the adult brain / P. M. Rossini, C. Calautti, F. Pauri, J. C. Baron // Lancet Neurology. – 2003. – № 2. – P. 493–502.

171. Tzevelekos V. P. Human Security and Shared Responsibility to Fight Transnational Crimes: Resolution 2240 (2015) of the United Nations Security Council on Smuggling of Migrants and Human Trafficking Off the Coast of Libya / V. P. Tzevelekos // Blurring Boundaries: Human Security and Forced Migration; ed. S. Salomon, L. Heschl, G. Oberleitner, W. Benedek. – Leiden : Brill Nijhoff, 2017. – P. 99–121.

172. Sampaio-Baptista C. Structural Plasticity in Adulthood with Motor Learning and Stroke Rehabilitation / C. Sampaio-Baptista, Z.-B. Sanders, H. Johansen-Berg // The Annual Review of Neuroscience. – 2018. –Vol. 41. – P. 25–40.

173. Shaw S. C. Learned helplessness in doctors with dyslexia: Time for change in discourse? / S. C. Shaw // Nurse education in practice. – 2018. – Vol. 32. – P. 99–100.

174. Silver F. L. Safety of stenting and endarterectomy by symptomatic status in the Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial (CREST) / F. L. Silver [et al.] // Stroke. – 2011. – Vol. 42 (3). – P. 675–80.

175. Thomas C. Global Governance, Development and Human security: Exploring the Links / C. Thomas // Third World Quarterly. – 2001. – Vol. 22, № 2. – P. 159–175.

176. Vicario C. M. Core, Social and moral disgast are bounded: a review on behavioral and neural of repugnance in clinical disorders / C. M. Vicario [et al.] // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2017. – Vol. 80. – P. 185–200.

177. Wade D. T. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? / D. T. Wade, P. W. Halligan // British Medical Journal. – 2004. – Vol. 329 (7479). – P. 1398–1401.

178. Walburn J. Stress, Illness Perceptions, Behaviors, and Healing in Venous Leg Ulcers: Findings From a Prospective Observational Study / J. Walburn [et al.] // Psychosomatic Medicine. – 2017. – Vol. 79 (5). – P. 585–592.

179. Weinman J. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation ofillness / J. Weinman [et al.] // Psychology and Health. – 1996. – Vol. 11. – P. 431–445.

180. Yamaguchi R. Pain, pain anxiety and emotional and behavioural problems in children with cerebral palsy / R. Yamaguchi [et al.] // Disability and Rehabilitation. – 2014. – Vol. 36, is. 2. – P. 125–130.

181. Yankovskaya A. E. An Expansion of Intelligent Systems Complex for Express-Diagnostics and Prevention of Organizational Stress, Depression, and Deviant Behavior on the Basis of the Biopsychosocial Approach / A. E. Yankovskaya [et al.] // Pattern Recognition and Image Analysis. – 2017. – Vol. 27, № 4. – P. 783–788.

182. Zhulev S. N. Clinical case of mental disorders in the debut of multiple sclerosis / S. N. Zhulev [et al.] // Herald of North-western state Medical university named after I.I. Mechnicov. – 2017. – Vol. 9, № 3. – P. 114–120.

183. Zigmond A. C. The Hospital Anxiety and Depression scale / A. C. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.

Приложение А

Показатели различий системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности

Таблица А.1 – Показатели различий системно-динамических характеристик внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности

Depend.: Физическое функционирование	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Физический функционирование (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =152,1330 p =0,000
БП	1	40	2139,000	53,4750	
РС	2	40	2964,500	74,1125	
ОП	3	40	2156,500	53,9125	
ПИ	4	40	6635,500	165,8875	
ГиНУ	5	40	6204,500	155,1125	
Depend.: Ролевое функционирование (ф)	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Ролевое функционирование(физ) (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =45,45428 p =,0000
БП	1	40	2825,000	70,6250	
РС	2	40	3515,000	87,8750	
ОП	3	40	3364,000	84,1000	
ПИ	4	40	4722,000	118,0500	
ГиНУ	5	40	5674,000	141,8500	
Depend.: Интенсивность боли	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Боль (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =142,4506 p =0,000
БП	1	40	6146,500	153,6625	
РС	2	40	3061,500	76,5375	
ОП	3	40	6363,000	159,0750	
ПИ	4	40	3206,000	80,1500	
ГиНУ	5	40	1323,000	33,0750	
Depend.: Общее здоровье	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; общее здоровье (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =22,16590 p =,0002г
БП	1	40	2925,500	73,1375	
РС	2	40	3877,500	96,9375	
ОП	3	40	3941,000	98,5250	
ПИ	4	40	5298,000	132,4500	
ГиНУ	5	40	4058,000	101,4500	

Продолжение таблицы А.1

Depend.: Жизнеспособность	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Жизнеспособность (Spreadsheet1)
БП	1	40	3557,500	88,9375	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	1851,500	46,2875	
ОП	3	40	4907,000	122,6750	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =55,87415 p =,0000
ПИ	4	40	4744,000	118,6000	
ГиНУ	5	40	5040,000	126,0000	
Depend.: Социальное функционировани е	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Социальное функционирование (Spreadsheet1)
БП	1	40	2627,500	65,6875	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	4406,500	110,1625	
ОП	3	40	5474,000	136,8500	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =38,47515 p =,0000
ПИ	4	40	3418,000	85,4500	
ГиНУ	5	40	4174,000	104,3500	
Depend.: Эмоциональное функционировани е	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Эмоц. функционирование (Spreadsheet1)
БП	1	40	3672,000	91,8000	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	2377,500	59,4375	
ОП	3	40	5235,500	130,8875	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =75,81917 p =,0000
ПИ	4	40	5848,000	146,2000	
ГиНУ	5	40	2967,000	74,1750	
Depend.: Психологическое здоровье	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Психич. здоровье (Spreadsheet1)
БП	1	40	6029,000	150,7250	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	1139,000	28,4750	
ОП	3	40	4469,000	111,7250	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =98,28459 p =0,000
ПИ	4	40	3789,500	94,7375	
ГиНУ	5	40	4673,500	116,8375	
Depend.: Физический компонент здоровья	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Физический компонент здоровья (Spreadsheet1)
БП	1	40	2075,500	51,8875	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	3249,500	81,2375	
ОП	3	40	2776,000	69,4000	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =102,9898 p =0,000
ПИ	4	40	6143,000	153,5750	
ГиНУ	5	40	5856,000	146,4000	

Продолжение таблицы А.1

<table>
<tr><td>Depend.:

Психологический компонент здоровья</td><td>Code</td><td>Valid</td><td>Sum of</td><td>Mean</td><td rowspan="6">Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Психологический компонент здоровья (Spreadsheet1)

Independent (grouping) variable: Диагноз

Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =80,98873 p =,0000</td></tr>
<tr><td>БП</td><td>1</td><td>40</td><td>5205,000</td><td>130,1250</td></tr>
<tr><td>РС</td><td>2</td><td>40</td><td>2043,500</td><td>51,0875</td></tr>
<tr><td>ОП</td><td>3</td><td>40</td><td>6045,500</td><td>151,1375</td></tr>
<tr><td>ПИ</td><td>4</td><td>40</td><td>3985,000</td><td>99,6250</td></tr>
<tr><td>ГиНУ</td><td>5</td><td>40</td><td>2821,000</td><td>70,5250</td></tr>
<tr><td>Depend.:

Благосклонность мира</td><td>Code</td><td>Valid</td><td>Sum of</td><td>Mean</td><td rowspan="6">Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Благосклонность (Spreadsheet1)

Independent (grouping) variable: Диагноз

Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =15,06640 p =,0046</td></tr>
<tr><td>БП</td><td>1</td><td>40</td><td>4056,000</td><td>101,4000</td></tr>
<tr><td>РС</td><td>2</td><td>40</td><td>3356,000</td><td>83,9000</td></tr>
<tr><td>ОП</td><td>3</td><td>40</td><td>5108,000</td><td>127,7000</td></tr>
<tr><td>ПИ</td><td>4</td><td>40</td><td>4166,000</td><td>104,1500</td></tr>
<tr><td>ГиНУ</td><td>5</td><td>40</td><td>3414,000</td><td>85,3500</td></tr>
<tr><td>Depend.:

Осмысленность мира</td><td>Code</td><td>Valid</td><td>Sum of</td><td>Mean</td><td rowspan="6">Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Осмысленность (Spreadsheet1)

Independent (grouping) variable: Диагноз

Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =38,44191 p =,0000</td></tr>
<tr><td>БП</td><td>1</td><td>40</td><td>3664,000</td><td>91,6000</td></tr>
<tr><td>РС</td><td>2</td><td>40</td><td>3432,000</td><td>85,8000</td></tr>
<tr><td>ОП</td><td>3</td><td>40</td><td>4948,000</td><td>123,7000</td></tr>
<tr><td>ПИ</td><td>4</td><td>40</td><td>5408,000</td><td>135,2000</td></tr>
<tr><td>ГиНУ</td><td>5</td><td>40</td><td>2648,000</td><td>66,2000</td></tr>
<tr><td>Depend.:

Ценность собственного Я</td><td>Code</td><td>Valid</td><td>Sum of</td><td>Mean</td><td rowspan="6">Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Ценность собственного Я (Spreadsheet1)

Independent (grouping) variable: Диагноз

Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =7,825573 p =,0982</td></tr>
<tr><td>БП</td><td>1</td><td>40</td><td>4060,000</td><td>101,5000</td></tr>
<tr><td>РС</td><td>2</td><td>40</td><td>3212,000</td><td>80,3000</td></tr>
<tr><td>ОП</td><td>3</td><td>40</td><td>3988,000</td><td>99,7000</td></tr>
<tr><td>ПИ</td><td>4</td><td>40</td><td>4604,000</td><td>115,1000</td></tr>
<tr><td>ГиНУ</td><td>5</td><td>40</td><td>4236,000</td><td>105,9000</td></tr>
<tr><td>Depend.:

Позитивные отношения</td><td>Code</td><td>Valid</td><td>Sum of</td><td>Mean</td><td rowspan="6">Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Позитивные отношения (Spreadsheet1)

Independent (grouping) variable: Диагноз

Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =8,681412 p =,0696</td></tr>
<tr><td>БП</td><td>1</td><td>40</td><td>3708,000</td><td>92,7000</td></tr>
<tr><td>РС</td><td>2</td><td>40</td><td>3416,000</td><td>85,4000</td></tr>
<tr><td>ОП</td><td>3</td><td>40</td><td>4344,000</td><td>108,6000</td></tr>
<tr><td>ПИ</td><td>4</td><td>40</td><td>3860,000</td><td>96,5000</td></tr>
<tr><td>ГиНУ</td><td>5</td><td>40</td><td>4772,000</td><td>119,3000</td></tr>
</table>

Продолжение таблицы А.1

Depend.: Автономия	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Автономия (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =40,12108 p =,0000
БП	1	40	4566,000	114,1500	
РС	2	40	2594,000	64,8500	
ОП	3	40	3024,000	75,6000	
ПИ	4	40	4592,000	114,8000	
ГиНУ	5	40	5324,000	133,1000	
Depend.: Управление окружением	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Управление окружением (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =27,04471 p =,0000
БП	1	40	3176,000	79,4000	
РС	2	40	4180,000	104,5000	
ОП	3	40	5414,000	135,3500	
ПИ	4	40	4244,000	106,1000	
ГиНУ	5	40	3086,000	77,1500	
Depend.: Личностный рост	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Личностный рост (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =58,93166 p =,0000
БП	1	40	1860,000	46,5000	
РС	2	40	3958,000	98,9500	
ОП	3	40	3814,000	95,3500	
ПИ	4	40	5552,000	138,8000	
ГиНУ	5	40	4916,000	122,9000	
Depend.: Цель в жизни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Цель в жизни (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =25,59325 p =,0000
БП	1	40	2484,000	62,1000	
РС	2	40	4012,000	100,3000	
ОП	3	40	4884,000	122,1000	
ПИ	4	40	4556,000	113,9000	
ГиНУ	5	40	4164,000	104,1000	
Depend.: Самопринятие	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Самопринятие (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =58,18887 p =,0000
БП	1	40	4760,000	119,0000	
РС	2	40	2896,000	72,4000	
ОП	3	40	5562,000	139,0500	
ПИ	4	40	2236,000	55,9000	
ГиНУ	5	40	4646,000	116,1500	

Продолжение таблицы А.1

Depend.: Психологическое благополучие	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; ОБ (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =70,30694 p =,0000
БП	1	40	2204,000	55,1000	
РС	2	40	2564,000	64,1000	
ОП	3	40	5198,000	129,9500	
ПИ	4	40	4614,000	115,3500	
ГиНУ	5	40	5520,000	138,0000	
Depend.: Вовлеченность	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Вовлеченность (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =31,65604 p =,0000
БП	1	40	2920,000	73,0000	
РС	2	40	4112,500	102,8125	
ОП	3	40	3995,500	99,8875	
ПИ	4	40	3442,000	86,0500	
ГиНУ	5	40	5630,000	140,7500	
Depend.: Контроль	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Контроль (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =16,59064 p =,0023
БП	1	40	3794,000	94,8500	
РС	2	40	3177,000	79,4250	
ОП	3	40	5130,000	128,2500	
ПИ	4	40	4295,000	107,3750	
ГиНУ	5	40	3704,000	92,6000	
Depend.: Принятие риска	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Принятие риска (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =19,28634 p =,0007
БП	1	40	4408,000	110,2000	
РС	2	40	3277,500	81,9375	
ОП	3	40	5194,000	129,8500	
ПИ	4	40	3366,500	84,1625	
ГиНУ	5	40	3854,000	96,3500	
Depend.: Жизнестойкость	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; ОБЩ Ж (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =28,59007 p =,0000
БП	1	40	3590,000	89,7500	
РС	2	40	3118,000	77,9500	
ОП	3	40	5545,000	138,6250	
ПИ	4	40	3449,000	86,2250	
ГиНУ	5	40	4398,000	109,9500	

Продолжение таблицы А.1

Depend.: Гармоничный тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Г (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =13,45742 p =,0092
БП	1	40	3191,000	79,7750	
РС	2	40	4797,000	119,9250	
ОП	3	40	3894,000	97,3500	
ПИ	4	40	3628,000	90,7000	
ГиНУ	5	40	4590,000	114,7500	
Depend.: Эргопатический тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Р (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =37,47129 p =,0000
БП	1	40	2372,000	59,3000	
РС	2	40	4938,500	123,4625	
ОП	3	40	4719,500	117,9875	
ПИ	4	40	3362,000	84,0500	
ГиНУ	5	40	4708,000	117,7000	
Depend.: Анозогнозический тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; З (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =58,85635 p =,0000
БП	1	40	2371,000	59,2750	
РС	2	40	5209,000	130,2250	
ОП	3	40	5691,000	142,2750	
ПИ	4	40	3175,000	79,3750	
ГиНУ	5	40	3654,000	91,3500	
Depend.: Тревожный тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Т (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =81,20812 p =,0000
БП	1	40	5759,000	143,9750	
РС	2	40	2442,000	61,0500	
ОП	3	40	2143,000	53,5750	
ПИ	4	40	5244,000	131,1000	
ГиНУ	5	40	4512,000	112,8000	
Depend.: Ипохондрический тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; И (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =43,67396 p =,0000
БП	1	40	3700,000	92,5000	
РС	2	40	2597,000	64,9250	
ОП	3	40	3719,000	92,9750	
ПИ	4	40	5882,000	147,0500	
ГиНУ	5	40	4202,000	105,0500	

Продолжение таблицы А.1

Depend.: Неврастенический тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Н (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =39,72022 p =,0000
БП	1	40	5405,000	135,1250	
РС	2	40	3013,000	75,3250	
ОП	3	40	2914,000	72,8500	
ПИ	4	40	3726,000	93,1500	
ГиНУ	5	40	5042,000	126,0500	
Depend.: Меланхолический тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; М (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =20,10359 p =,0005
БП	1	40	3868,000	96,7000	
РС	2	40	3076,000	76,9000	
ОП	3	40	3632,000	90,8000	
ПИ	4	40	5212,000	130,3000	
ГиНУ	5	40	4312,000	107,8000	
Depend.: Апатический тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; А (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =54,41591 p =,0000
БП	1	40	5938,000	148,4500	
РС	2	40	4489,000	112,2250	
ОП	3	40	4001,000	100,0250	
ПИ	4	40	2376,000	59,4000	
ГиНУ	5	40	3296,000	82,4000	
Depend.: Сенситивный тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; С (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =9,074676 p =,0593
БП	1	40	3770,000	94,2500	
РС	2	40	3484,500	87,1125	
ОП	3	40	3984,000	99,6000	
ПИ	4	40	4931,500	123,2875	
ГиНУ	5	40	3930,000	98,2500	
Depend.: Эгоцентрический тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Э (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =53,30654 p =,0000
БП	1	40	3604,000	90,1000	
РС	2	40	4480,000	112,0000	
ОП	3	40	2914,000	72,8500	
ПИ	4	40	3016,000	75,4000	
ГиНУ	5	40	6086,000	152,1500	

Продолжение таблицы А.1

Depend.: Паранойяльный тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; П (Spreadsheet1)
БП	1	40	4203,000	105,0750	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	3573,500	89,3375	
ОП	3	40	5469,500	136,7375	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =23,51600 p =,0001
ПИ	4	40	3482,000	87,0500	
ГиНУ	5	40	3372,000	84,3000	
Depend.: Депрессивный тип отношения к болезни	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Д (Spreadsheet1)
БП	1	40	3251,000	81,2750	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	3334,000	83,3500	
ОП	3	40	5115,000	127,8750	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =18,12840 p =,0012
ПИ	4	40	4394,000	109,8500	
ГиНУ	5	40	4006,000	100,1500	
Depend.: Принятие	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Принятие (Spreadsheet1)
БП	1	40	4368,000	109,2000	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	3316,500	82,9125	
ОП	3	40	6168,000	154,2000	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =51,32518 p =,0000
ПИ	4	40	3090,500	77,2625	
ГиНУ	5	40	3157,000	78,9250	
Depend.: Восприятие преимуществ	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Преимуществ (Spreadsheet1)
БП	1	40	3448,000	86,2000	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	5880,000	147,0000	
ОП	3	40	2316,500	57,9125	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =69,87621 p =,0000
ПИ	4	40	3115,000	77,8750	
ГиНУ	5	40	5340,500	133,5125	
Depend.: Беспомощность	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Беспомощность (Spreadsheet1)
БП	1	40	4523,000	113,0750	Independent (grouping) variable: Диагноз
РС	2	40	2957,000	73,9250	
ОП	3	40	2364,000	59,1000	Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =49,49601 p =,0000
ПИ	4	40	5061,500	126,5375	
ГиНУ	5	40	5194,500	129,8625	

Окончание таблицы А.1

Depend.: Тревога	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Тревога (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =68,27645 p =,0000
БП	1	40	4820,000	120,5000	
РС	2	40	2662,000	66,5500	
ОП	3	40	3340,000	83,5000	
ПИ	4	40	6273,000	156,8250	
ГиНУ	5	40	3005,000	75,1250	
Depend.: Депрессия	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Депрессия (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =106,5271 p =0,000
БП	1	40	5600,000	140,0000	
РС	2	40	2849,000	71,2250	
ОП	3	40	3301,000	82,5250	
ПИ	4	40	6372,000	159,3000	
ГиНУ	5	40	1978,000	49,4500	
Depend.: Когнитивный дефицит	Code	Valid	Sum of	Mean	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; MMSE (Spreadsheet1) Independent (grouping) variable: Диагноз Kruskal-Wallis test: H (4, N= 200) =74,31210 p =,0000
БП	1	40	3651,500	91,2875	
РС	2	40	2638,000	65,9500	
ОП	3	40	6118,000	152,9500	
ПИ	4	40	2551,500	63,7875	
ГиНУ	5	40	5141,000	128,5250	

Примечание – БП – пациенты с болезнью Паркинсона; РС – больные рассеянным склерозом; ОП – больные остеохондрозом позвоночника; ПИ – пациенты с последствиями инсульта; ГиНУ – пациенты с головокружениями.

Приложение Б

Показатели корреляции системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности

Представлены показатели корреляции, полученные при помощи критерия Стьюдента, для следующих клинических групп:

- Болезни Паркинсона;
- Рассеянного склероза;
- Остеохондроза позвоночника;
- Последствий инсульта;
- Головокружения и нарушения устойчивости.



Рисунок Б.1 – Показатели корреляции системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с болезнью Паркинсона

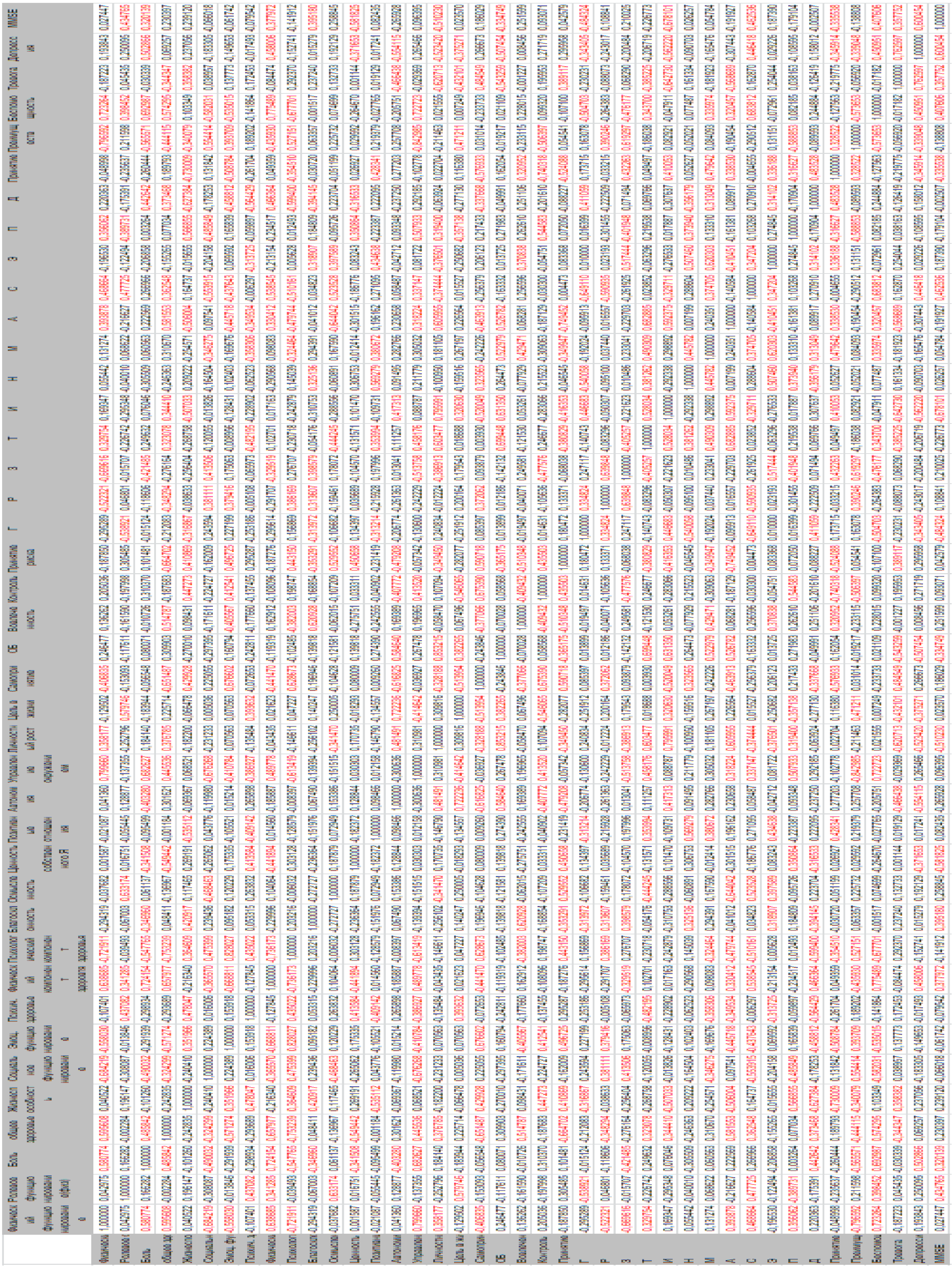


Рисунок Б.2 – Показатели корреляции системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с рассеянным склерозом

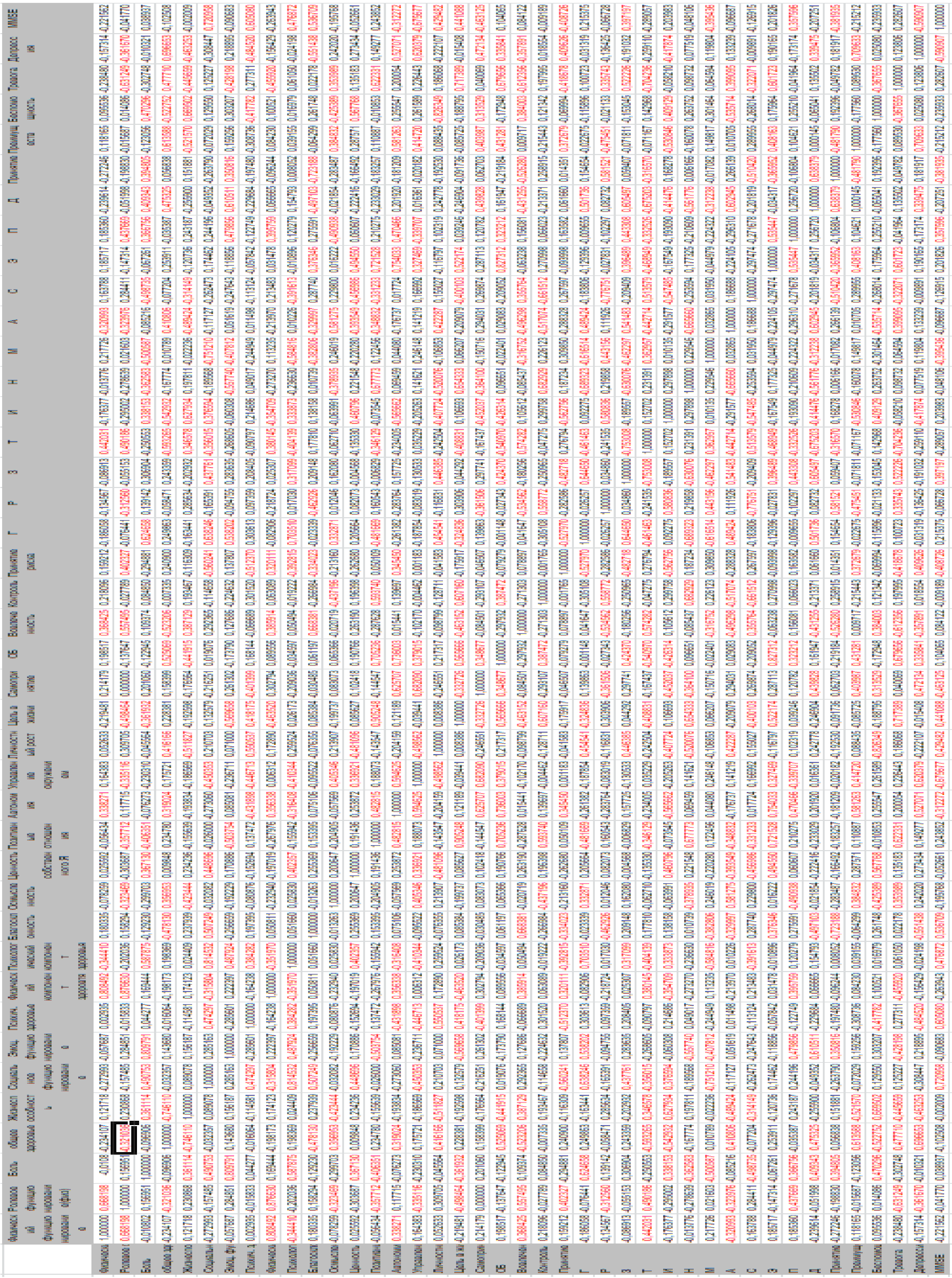


Рисунок Б.3 – Показатели корреляции системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с остеохондрозом позвоночника

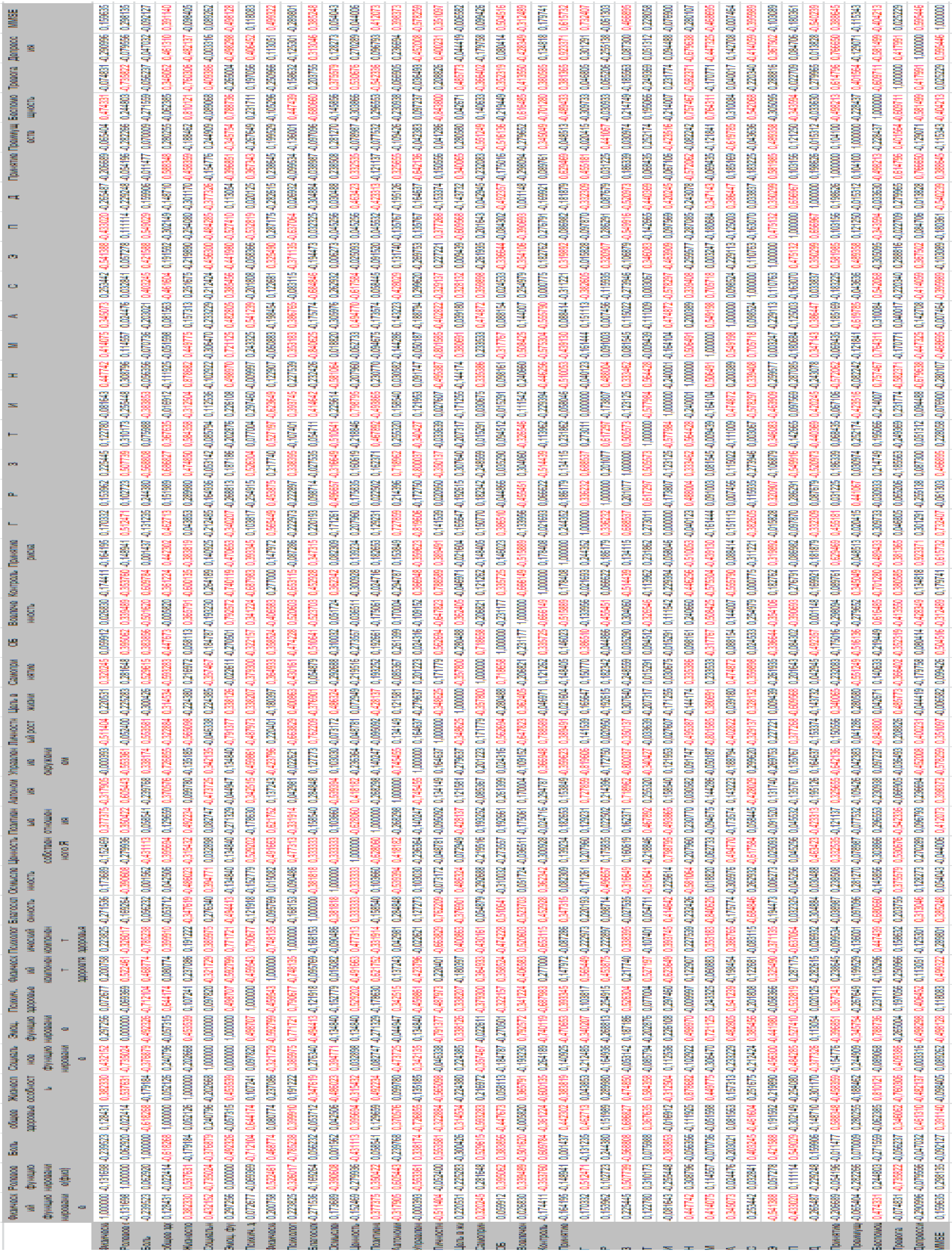


Рисунок Б.4 – Показатели корреляции системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта

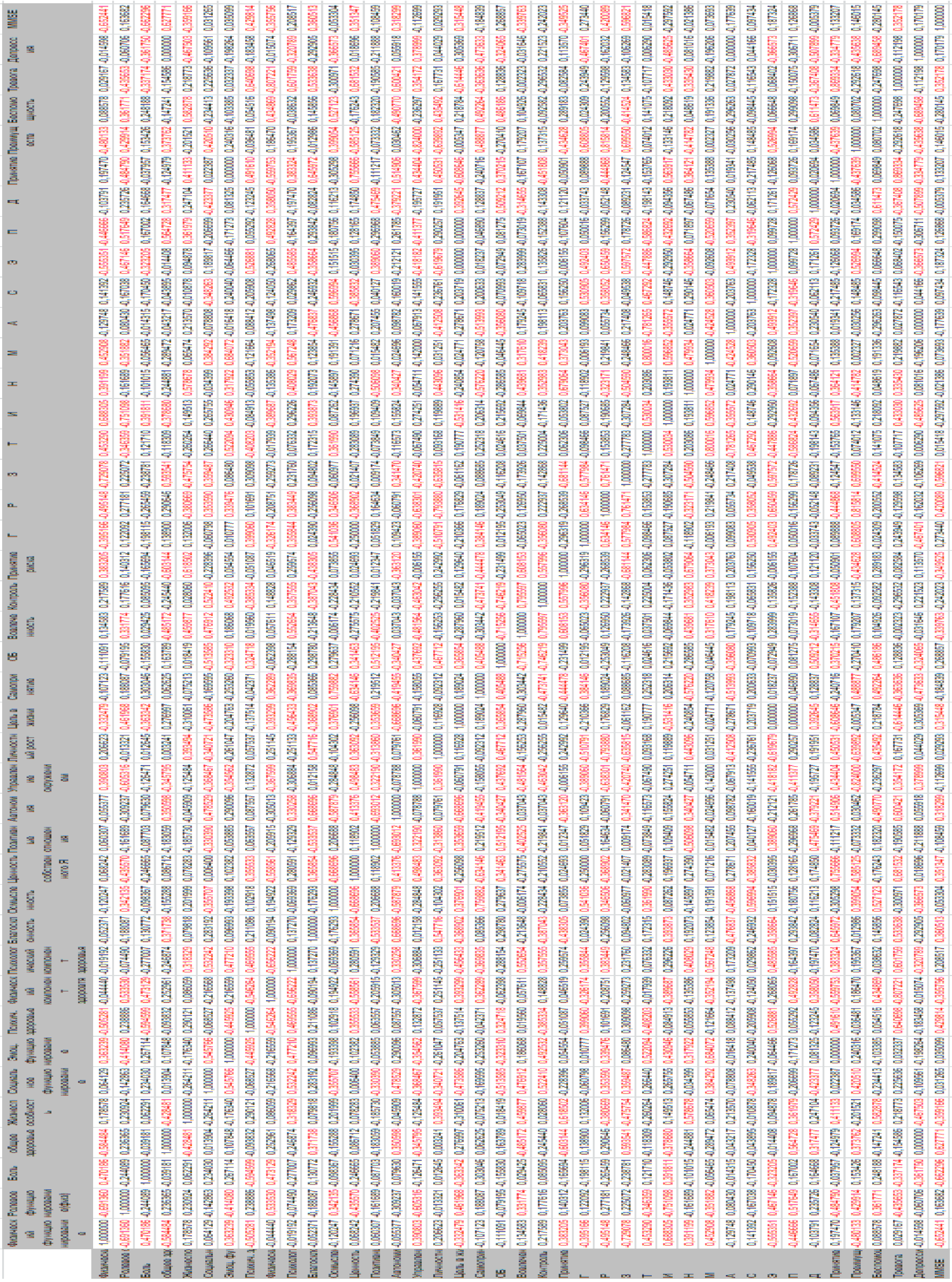


Рисунок Б.5 – Показатели корреляции системно-динамических характеристик внутренней картины болезни и психологической безопасности пациентов с головокружением и нарушением устойчивости

Приложение В

Данные нейронной сети на основе логистической регрессии

Представлена нейронная сеть, в основе которой лежит логистическая регрессия, отображенная в виде общей модели комплекса мишеней для всех пациентов с неврологической патологией и частных моделей комплекса мишеней для пациентов с диагнозами:

- Болезни Паркинсона;
- Рассеянного склероза;
- Остеохондроза позвоночника;
- Последствий инсульта;
-Головокружения и нарушения устойчивости.

Таблица В.1 – Нейронная сеть на основе логистической регрессии

Общая модель комплекса мишеней психологических интервенций							
Характеристики	B	Стандарт. ошибка	Показа-тель Вальда	P	Exp (B)	95% Дов. интервал для EXP(B)	
						Нижняя	Верхняя
Физическое функционирование	0,646	0,166	15,112	0,000	1,908	1,377	2,642
Автономия	-0,471	0,130	13,188	0,000	0,624	0,484	0,805
Анозогнозический тип отношения	0,492	0,115	18,192	0,000	1,635	1,304	2,050
Апатический тип отношения	-0,630	0,184	11,777	0,001	0,533	0,372	0,763
Константа	25,833	7,544	11,726	0,001			
Частная модель комплекса мишеней для пациентов с болезнью Паркинсона							
Характеристики	B	Стандарт. ошибка	Показа-тель Вальда	P	Exp (B)	95% Дов. интервал для EXP(B)	
						Нижняя	Верхняя
Эргопатический тип отношения	1,389	0,547	6,450	0,011	4,010	1,373	11,710
Анозогнозический тип отношения	1,789	0,674	7,047	0,008	5,983	1,597	22,413
Тревожный тип отношения	-1,946	0,739	6,944	0,008	0,143	0,034	0,607
Неврастенический тип отношения	-0,663	0,232	8,159	0,004	0,515	0,327	0,812

Продолжение таблицы В.1

Меланхолический тип отношения	-1,192	0,491	5,881	0,015	3,293	1,257	8,629
Апатический тип отношения к болезни	-1,298	0,502	6,693	0,010	0,273	0,102	0,730
Сенситивный тип отношения к болезни	-0,598	0,345	3,017	0,008	0,550	0,280	1,080
Интенсивность боли	-0,153	0,055	7,824	0,005	,858	0,770	0,955
Общее здоровье	,191	0,114	2,823	0,009	1,211	0,969	1,513
Жизнеспособность	0,229	0,079	8,480	0,004	1,257	1,078	1,466
Социальное функционирование	0,325	0,088	13,549	0,000	1,385	1,164	1,647
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	0,070	0,029	5,834	0,016	1,072	1,013	1,135
Психологическое здоровье	-0,341	0,106	10,254	0,001	,711	0,578	,876
Физический компонент здоровья	0,444	0,187	5,665	0,017	1,559	1,082	2,247
Константа	-29,025	9,499	9,337	0,002	0,000		
Частная модель комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с рассеянным склерозом							
Характеристики	B	Стандарт. ошибка	Показа-тель Вальда	P	Exp (B)	95% Дов. интервал для EXP(B)	
						Нижняя	Верхняя
Физическое функционирование	0,389	0,094	17,122	0,000	1,475	1,227	1,773
Интенсивность боли	0,436	0,112	15,089	0,000	1,546	1,241	1,926
Управление окружением	-0,671	0,180	13,976	0,000	0,511	0,359	0,727
Жизнестойкость	0,205	0,065	10,076	0,002	1,228	1,082	1,394
Константа	-51,270	17,948	8,160	0,004	0,000		
Частная модель комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с остеохондрозом позвоночника							
Характеристики	B	Стандарт. ошибка	Показа-тель Вальда	P	Exp (B)	95% Дов. интервал для EXP(B)	
						Нижняя	Верхняя
Интенсивность боли	-0,180	0,035	26,581	0,000	0,835	0,780	0,894
Социальное функционирование	-0,302	0,058	26,762	0,000	0,739	0,659	0,829

Окончание таблицы В.1

Принятие риска	-1,093	0,253	18,683	0,000	0,335	0,204	0,550
Константа	42,039	7,888	28,401	0,000			
Частная модель комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с последствиями инсульта							
Характеристики	B	Стандарт. ошибка	Показа-тель Вальда	P	Exp (B)	95% Дов. интервал для EXP(B)	
						Нижняя	Верхняя
Физическое функционирование	-1,090	164,221	12,764	0,015	0,478	1,237	1,774
Депрессия	-6,141	929,716	15,074	0,010	0,731	5,568	12,642
Константа	10,388	16570,807	6,245	0,004			
Частная модель комплекса мишеней психологических интервенций для пациентов с головокружением и нарушением устойчивости							
Характеристики	B	Стандарт. ошибка	Показатель Вальда	P	Exp (B)	95% Дов. интервал для EXP(B)	
						Нижняя	Верхняя
Анозогнозический тип отношения к болезни	0,766	0,185	17,220	0,000	2,152	1,498	3,091
Эргопатический тип отношения к болезни	-0,519	0,145	12,805	0,000	0,595	0,448	0,791
Восприятие преимуществ	-0,286	0,138	4,323	0,038	0,751	0,574	0,984
Депрессия	1,731	0,494	12,270	0,000	5,645	2,143	14,867
Когнитивная сфера	-0,814	0,220	13,724	0,000	0,443	0,288	0,682
Константа	10,918	4,550	5,757	0,016			

Приложение Г

Показатели значимости различий в динамике характеристик внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности пациентов с неврологической патологией в результате психологических интервенций

Таблица Г.1 – Показатели значимости различий в динамике характеристик внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности пациентов с болезнью Паркинсона в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Гармоничный тип отношения к болезни	4	2,00000	1,095445	0,273323
Эргопатический тип отношения к болезни	3	1,50000	0,801784	0,422679
Анозогнозический тип отношения к болезни	4	3,00000	0,730297	0,465209
Тревожный тип отношения к болезни	5	6,50000	0,269680	0,787407
Ипохондрический тип отношения к болезни	4	0,00000	1,825742	0,067890
Неврастенический тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Меланхолический тип отношения к болезни	5	2,50000	1,348400	0,177531
Апатический тип отношения к болезни	5	4,50000	0,809040	0,418493
Сензитивный тип отношения к болезни	5	0,00000	2,022600	0,043115
Эгоцентрический тип отношения к болезни	5	1,00000	1,752920	0,079617
Паранойяльный тип отношения к болезни	4	0,00000	1,825742	0,067890
Дисфорический тип отношения к болезни	7	0,00000	2,366432	0,017961
Принятие	3	0,00000	1,603567	0,108810
Восприятие преимуществ	15	5,50000	3,095392	0,001966
Беспомощность	10	0,00000	2,803060	0,005062
Симптомы тревоги	8	0,00000	2,520504	0,011719
Симптомы депрессии	13	0,00000	3,179797	0,001474
Физическое функционирование	10	10,00000	1,783765	0,074463
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	2	0,00000	1,341641	0,179713

Продолжение таблицы Г.1

Интенсивность боли	15	4,50000	3,152188	0,001621
Общее состояние здоровья	3	0,00000	1,603567	0,108810
Жизненная активность	6	0,00000	2,201398	0,027709
Социальное функционирование	14	0,00000	3,295765	0,000982
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	14	0,00000	3,295765	0,000982
Психологическое здоровье	12	0,00000	3,059412	0,002218
Физический компонент качества жизни	9	0,00000	2,665570	0,007686
Психологический компонент качества жизни	4	0,00000	1,825742	0,067890
Благосклонность мира	12	0,00000	3,059412	0,002218
Осмысленность мира	6	0,00000	2,201398	0,027709
Ценность собственного Я	7	0,00000	2,366432	0,017961
Позитивные отношения	0			
Автономия	11	0,00000	2,934058	0,003346
Управление средой	4	0,00000	1,825742	0,067890
Личностный рост	5	0,00000	2,022600	0,043115
Цели в жизни	4	0,00000	1,825742	0,067890
Самопринятие	4	0,00000	1,825742	0,067890
Общий показатель психологического благополучия	12	0,00000	3,059412	0,002218
Вовлеченность	14	0,00000	3,295765	0,000982
Контроль	13	0,00000	3,179797	0,001474
Принятие риска	14	0,00000	3,295765	0,000982
Жизнестойкость	14	0,00000	3,295765	0,000982

Таблица Г. 2 – Показатели значимости различий в динамике характеристик внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности пациентов с рассеянным склерозом в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Гармоничный тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Эргопатический тип отношения к болезни	1	-	-	-
Анозогнозический тип отношения к болезни	3	2,00000	0,534522	0,592980
Тревожный тип отношения к болезни	2	1,00000	0,447214	0,654721
Ипохондрический тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Неврастенический тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713

Продолжение таблицы Г.2

Меланхолический тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Апатический тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Сензитивный тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Эгоцентрический тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Паранойяльный тип отношения к болезни	6	0,00000	2,201398	0,027709
Дисфорический тип отношения к болезни	5	0,00000	2,022600	0,043115
Принятие	4	0,00000	1,825742	0,067890
Восприятие преимуществ	5	0,00000	2,022600	0,043115
Беспомощность	7	0,00000	2,366432	0,017961
Симптомы тревоги	4	0,00000	1,825742	0,067890
Симптомы депрессии	4	0,00000	1,825742	0,067890
Физическое функционирование	3	0,00000	1,603567	0,108810
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	5	0,00000	2,022600	0,043115
Интенсивность боли	12	0,00000	3,059412	0,002218
Общее состояние здоровья	4	0,00000	1,825742	0,067890
Жизненная активность	3	0,00000	1,603567	0,108810
Социальное функционирование	10	0,00000	2,803060	0,005062
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	12	0,00000	3,059412	0,002218
Психологическое здоровье	3	0,00000	1,603567	0,108810
Физический компонент качества жизни	10	0,00000	2,803060	0,005062
Психологический компонент качества жизни	10	0,00000	2,803060	0,005062
Благосклонность мира	4	0,00000	1,825742	0,067890
Осмысленность мира	2	0,00000	1,341641	0,179713
Ценность собственного Я	4	0,00000	1,825742	0,067890
Позитивные отношения	0			
Автономия	4	0,00000	1,825742	0,067890
Управление средой	2	0,00000	1,341641	0,179713
Личностный рост	4	0,00000	1,825742	0,067890
Цели в жизни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Самопринятие	4	0,00000	1,825742	0,067890
Общий показатель психологического благополучия	11	0,00000	2,934058	0,003346
Вовлеченность	8	0,00000	2,520504	0,011719
Контроль	10	0,00000	2,803060	0,005062
Принятие риска	4	0,00000	1,825742	0,067890
Общий показатель жизнестойкости	7	0,00000	2,366432	0,017961

Таблица Г.3 – Показатели значимости различий в динамике характеристик внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности пациентов с остеохондрозом позвоночника в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Гармоничный тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Эргопатический тип отношения к болезни	16	0,00000	3,516196	0,000438
Анозогнозический тип отношения к болезни	11	0,00000	2,934058	0,003346
Тревожный тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Ипохондрический тип отношения к болезни	5	0,00000	2,022600	0,043115
Неврастенический тип отношения к болезни	5	0,00000	2,022600	0,043115
Меланхолический тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Апатический тип отношения к болезни	4	0,00000	1,825742	0,067890
Сензитивный тип отношения к болезни	4	0,00000	1,825742	0,067890
Эгоцентрический тип отношения к болезни	0	-	-	-
Паранойяльный тип отношения к болезни	6	0,00000	2,201398	0,027709
Дисфорический тип отношения к болезни	9	0,00000	2,665570	0,007686
Принятие	10	5,50000	2,242448	0,024933
Восприятие преимуществ	15	0,00000	3,407771	0,000655
Беспомощность	15	0,00000	3,407771	0,000655
Симптомы тревоги	8	0,00000	2,520504	0,011719
Симптомы депрессии	11	0,00000	2,934058	0,003346
Физическое функционирование	5	0,00000	2,022600	0,043115
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	0	-	-	-
Интенсивность боли	5	0,00000	2,022600	0,043115
Общее состояние здоровья	6	4,00000	1,362770	0,172956
Жизненная активность	5	2,00000	1,483240	0,138012
Социальное функционирование	3	2,00000	0,534522	0,592980
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	3	0,00000	1,603567	0,108810
Психологическое здоровье	4	1,50000	1,278019	0,201244

Продолжение таблицы Г.3

Физический компонент качества жизни	6	0,00000	2,201398	0,027709
Психологический компонент качества жизни	6	1,00000	1,991741	0,046400
Благосклонность мира	6	0,00000	2,201398	0,027709
Осмысленность мира	0	-	-	-
Ценность собственного Я	0	-	-	-
Позитивные отношения	3	0,00000	1,603567	0,108810
Автономия	7	0,00000	2,366432	0,017961
Управление средой	1	-	-	-
Личностный рост	0	-	-	-
Цели в жизни	1	-	-	-
Самопринятие	2	0,00000	1,341641	0,179713
Общий показатель психологического благополучия	8	7,00000	1,540308	0,123486
Вовлеченность	4	0,00000	1,825742	0,067890
Контроль	4	0,00000	1,825742	0,067890
Принятие риска	14	0,00000	3,295765	0,000982
Общий показатель жизнестойкости	15	0,00000	3,407771	0,000655

Таблица Г.4 – Показатели значимости различий в динамике характеристик внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности пациентов с последствиями инсульта в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Гармоничный тип отношения к болезни	3	1,50000	0,801784	0,422679
Эргопатический тип отношения к болезни	3	2,00000	0,534522	0,592980
Анозогнозический тип отношения к болезни	4	1,50000	1,278019	0,201244
Тревожный тип отношения к болезни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Ипохондрический тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Неврастенический тип отношения к болезни	3	3,00000	0,000000	1,000000
Меланхолический тип отношения к болезни	1	-	-	-
Апатический тип отношения к болезни	3	1,00000	1,069045	0,285050

Продолжение таблицы Г.4

Сензитивный тип отношения к болезни	4	1,00000	1,460593	0,144128
Эгоцентрический тип отношения к болезни	4	1,00000	1,460593	0,144128
Паранойяльный тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Дисфорический тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Принятие	2	0,00000	1,341641	0,179713
Восприятие преимуществ	8	0,00000	2,520504	0,011719
Беспомощность	3	0,00000	1,603567	0,108810
Симптомы тревоги	4	0,00000	1,825742	0,067890
Симптомы депрессии	2	0,00000	1,341641	0,179713
Физическое функционирование	1	-	-	-
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	4	0,00000	1,825742	0,067890
Интенсивность боли	12	0,00000	3,059412	0,002218
Общее состояние здоровья	3	0,00000	1,603567	0,108810
Жизненная активность	3	0,00000	1,603567	0,108810
Социальное функционирование	12	0,00000	3,059412	0,002218
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	12	0,00000	3,059412	0,002218
Психологическое здоровье	6	0,00000	2,201398	0,027709
Физический компонент качества жизни	9	0,00000	2,665570	0,007686
Психологический компонент качества жизни	8	0,00000	2,520504	0,011719
Благосклонность мира	10	0,00000	2,803060	0,005062
Осмысленность мира	10	0,00000	2,803060	0,005062
Ценность собственного Я	4	0,00000	1,825742	0,067890
Позитивные отношения	2	0,00000	1,341641	0,179713
Автономия	0	-	-	-
Управление средой	3	0,00000	1,603567	0,108810
Личностный рост	0	-	-	-
Цели в жизни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Самопринятие	4	0,00000	1,825742	0,067890
Общий показатель психологического благополучия	8	0,00000	2,520504	0,011719
Вовлеченность	10	0,00000	2,803060	0,005062

Окончание таблицы Г. 4

Контроль	12	0,00000	3,059412	0,002218
Принятие риска	9	0,00000	2,665570	0,007686
Общий показатель жизнестойкости	9	0,00000	2,665570	0,007686

Таблица Г. 5 – Показатели значимости различий в динамике характеристик внутренней картины болезни в контексте психологической безопасности пациентов с головокружением и нарушением устойчивости в результате психологических интервенций

Системно-динамические характеристики ВКБ в контексте психологической безопасности	Valid	T	Z	p-value
Гармоничный тип отношения к болезни	1	-	-	-
Эргопатический тип отношения к болезни	2	1,50000	0,000000	1,000000
Анозогнозический тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Тревожный тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Ипохондрический тип отношения к болезни	0	-	-	-
Неврастенический тип отношения к болезни	2	1,00000	0,447214	0,654721
Меланхолический тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Апатический тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Сензитивный тип отношения к болезни	2	1,00000	0,447214	0,654721
Эгоцентрический тип отношения к болезни	2	0,00000	1,341641	0,179713
Паранойяльный тип отношения к болезни	7	0,00000	2,366432	0,017961
Дисфорический тип отношения к болезни	5	0,00000	2,022600	0,043115
Принятие	4	0,00000	1,825742	0,067890
Восприятие преимуществ	4	0,00000	1,825742	0,067890
Беспомощность	1	-	-	-
Симптомы тревоги	7	0,00000	2,366432	0,017961
Симптомы депрессии	4	0,00000	1,825742	0,067890
Физическое функционирование	5	0,00000	2,022600	0,043115
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	0	-	-	-

Окончание таблицы Г. 5

Интенсивность боли	10	0,00000	2,803060	0,005062
Общее состояние здоровья	2	1,50000	0,000000	1,000000
Жизненная активность	5	0,00000	2,022600	0,043115
Социальное функционирование	13	0,00000	3,179797	0,001474
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	13	0,00000	3,179797	0,001474
Психологическое здоровье	8	0,00000	2,520504	0,011719
Физический компонент качества жизни	12	0,00000	3,059412	0,002218
Психологический компонент качества жизни	13	0,00000	3,179797	0,001474
Благосклонность мира	7	0,00000	2,366432	0,017961
Осмысленность мира	5	0,00000	2,022600	0,043115
Ценность собственного Я	10	0,00000	2,803060	0,005062
Позитивные отношения	1	-	-	-
Автономия	4	0,00000	1,825742	0,067890
Управление средой	2	0,00000	1,341641	0,179713
Личностный рост	9	0,00000	2,665570	0,007686
Цели в жизни	3	0,00000	1,603567	0,108810
Самопринятие	6	3,00000	1,572427	0,115852
Общий показатель психологического благополучия	10	0,00000	2,803060	0,005062
Вовлеченность	10	0,00000	2,803060	0,005062
Контроль	14	0,00000	3,295765	0,000982
Принятие риска	7	0,00000	2,366432	0,017961
Жизнестойкость	10	0,00000	2,803060	0,005062